Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 562

Revista Española de Cardiología

6027-9. HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR COMO MARCADOR INDEPENDIENTE DE PEOR PRONÓSTICO A 2,5 AÑOS. ANÁLISIS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, PROSPECTIVO CON 1.433 PACIENTES (EMIR)

Marcelo Sanmartín Fernández[1], Manuel Anguita Sánchez[2], Francisco Marín Ortuño[3], Carles Ráfols Priu[4], Vanessa Roldán Schilling[5], Francisco Javier Parra Jiménez[6], Ignacio Sáinz Hidalgo[7], Román Freixa Pamias[8], Iñaki Lekuona Goya[9], Alejandro Isidoro Pérez Cabeza[10] y Gonzalo Barón y Esquivias[11]

[1]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. [2]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. [3]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. [4]Bayer Hispania, Barcelona. [5]Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. [6]Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares, HM Hospitales, Madrid. [7]Centro Fisiocard, Sevilla. [8]Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona. [9]Hospital de Galdakao, Bizkaia. [10]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. [11]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Aproximadamente 20% de los pacientes con fibrilación auricular tiene historia de cardiopatía isquémica (CI). Se reconoce que estos pacientes pueden tener un manejo más complejo, y un peor pronóstico. Analizamos el impacto de un diagnóstico previo de cardiopatía isquémica, y la posible interacción con el uso de antiplaquetarios, en una serie de pacientes estables con fibrilación auricular tratados con rivaroxabán.

Métodos: El estudio prospectivo EMIR agrupó pacientes estables con fibrilación auricular sin prótesis mecánicas o enfermedad mitral reumática significativa, tratados con rivaroxabán durante al menos 6 meses previos, seguidos en consultas externas durante 2,5 años. Se realizó un análisis multivariado (N = 1.433) para el análisis de predictores independientes del objetivo primario combinado de muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal o revascularización coronaria (MACE).

Resultados: Un total de 235 pacientes (16,4%) tenía historia previa de CI. La edad media de estos pacientes era similar (74,8+9,6 vs 74,0+9,7 años, p = 0,215), pero la prevalencia de sexo femenino era inferior (22,6 vs 48,8%, p 0,001), más diabetes (39,1 vs 24,7%, p 0,001), insuficiencia cardiaca (39,1 vs 19,5%, p 0,001), y un CHA_2DS_2-VASc y HAS-BLED más elevado (4,1 ± 1,6 vs 3,4 ± 15 y 1,8 ± 1,0 vs 1,5 ± 1,0, p 0,001). A los 2,5 años, la tasa acumulada de ictus/ES/AIT fue de 3,0% en los pacientes con CI y de 1,3% en la población sin CI previa (p = 0,084). Los pacientes con CI presentaron mayor tasa de MACE (6,0 vs 1,3%, p 0,001, mayor mortalidad cardiovascular (3,8 vs 0,9%, p = 0,002), sin diferencias significativas en hemorragia mayor (3,0 vs 1,8%, p = 0,306). En el análisis multivariado de la población global, las variables independientes asociadas a MACE fueron: CI (OR = 3,41, IC95% 1,60-7,28; p = 0,002), insuficiencia renal (OR = 2,53, IC95% 1,17-5,49; p = 0,019) e insuficiencia cardiaca (OR 3,40, IC95% 1,59-7,27; p = 0,002). Cuando analizamos los pacientes con CI y tratamiento antiagregante (N = 62, 4,3%), este subgrupo presentaba un riesgo independiente y muy elevado de MACE (OR = 9,07, IC95% 3,84-21,4; p 0,001).

Conclusiones: La historia previa de CI representa un mayor riesgo independiente de complicaciones cardiovasculares diferentes a las complicaciones embólicas de la fibrilación auricular, especialmente en

aquellos pacientes bajo tratamiento antiagregante plaquetario.