



6048-320. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA FIBRILACIÓN O FLÚTER AURICULAR EN PACIENTES CON SCASEST: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO IMPACT-TIMING-GO

Martín Negreira Caamaño¹, Felipe Díez del Hoyo¹, María Thiscal López Lluva², Antonio Martínez Guisado³, Clea González Maniega², Emilio Arbas Redondo⁴, David Aritz Cardona⁵, M. Lucía Pérez Cebey⁶, Anna Carrasquer Cucarella⁷, Joan Isaac Llaó Ferrando⁸, Fernando Torres Mezcuá⁹, Teresa Giralt Borrell¹⁰, Ander Arteagoitia Bolumburu¹¹, Tania Ramírez Martínez¹² y Pablo Díez Villanueva¹³

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ⁵Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra), España, ⁶Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ⁸Servicio de Cardiología. Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ⁹Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, España, ¹⁰Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ¹¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ¹²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España y ¹³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las arritmias con potencial tromboembólico (APT), dificultan el manejo de los pacientes que ingresan con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), añadiendo complejidad al diagnóstico y al manejo antitrombótico. Nuestro objetivo fue analizar el impacto pronóstico del antecedente de APT (APTpre) o APT durante la hospitalización (APTing) en los pacientes que ingresan por SCASEST.

Métodos: Subanálisis del registro IMPACT-TIMING-GO (observacional, prospectivo y multicéntrico) en el que se incluyeron casos de SCASEST con enfermedad coronaria causal. Se definió como APT la presencia de flúter o fibrilación auricular. Se analizaron las características basales y el manejo clínico de los pacientes. El objetivo principal fue la aparición del evento combinado de complicaciones hospitalarias (insuficiencia renal grave, reinfarto, ictus, complicación mecánica, arritmia ventricular, implante de marcapasos, delirium o sangrado BARC > 3).

Resultados: Se incluyeron 1.020 pacientes en estudio ($66,81 \pm 12,7$ años; 76,5% varones), de los cuales 79 (7,7%) correspondían al grupo APTpre y 37 (3,6%) APTing. Las características basales de los pacientes con APTing resultaron similares a los pacientes con APTpre, y ambas difirieron globalmente de los pacientes sin APT, que presentaban globalmente menor comorbilidad (tabla). El tiempo hasta la coronariografía difirió entre los grupos, siendo mayor para los pacientes con APTpre ($118,9 \pm 491,8$ vs $65,3 \pm 57,7$ vs $55,5 \pm 67,5$ horas, $p = 0,002$). El acceso femoral fue más frecuente empleado en los pacientes con APTpre (8,9%) y sobre todo en los APTing (16,2%), respecto a aquellos sAPT (4,4%). Durante el ingreso, 90 pacientes (8,8%) presentaron el evento principal combinado, siendo la complicación más frecuente la insuficiencia renal grave (5,3%). Los pacientes con APTing presentaron una mayor incidencia del evento combinado de complicaciones intrahospitalarias (53,1%) que aquellos pacientes con APTpre o sin APT (53,1 vs 20,3 vs 6,3%; $p 0,001$). El desglose de complicaciones se muestra en la figura. La APTpre y sobre todo la APTing se

asociaron con la aparición del combinado de complicaciones intrahospitalarias tras el ajuste multivariado [OR ajustados: 2,13 (1,06-4,33) y 6,91 (3,19-15,01), respectivamente].

Características de los pacientes

	IMPACT TIMING- GO (n = 1020)	APT previa (APTpre) (n = 79)	APT durante el ingreso (APTing) (n = 37)	Sin APT (sAPT) (n = 904)	p intragrupo	APTpre vs sAPT	APTing vs APTpre	APTing vs APTpre vs APTing
Edad (años)	66,8 ± 12,	75,6 ± 9,	73,7 ± 9,5	65,8 ± 12,7	0,001	0,00	0,001	0,999
Sexo femenino (%)	240 (23,5)	20 (25,3)	10 (27,0)	210 (23,2)	0,804			
Hipertensión arterial (%)	704 (69,0)	68 (86,1)	30 (81,1)	606 (67,0)	0,001	0,001	0,074	0,489
Dislipemia (%)	654 (64,1)	61 (77,2)	26 (70,3)	567 (62,7)	0,026	0,01	0,351	0,421
Diabetes (%)	353 (34,6)	33 (41,8)	20 (54,1)	300 (33,2)	0,012	0,122	0,009	0,216
Tabaquismo (%)	625 (61,3)	46 (58,1)	15 (40,5)	564 (62,4)	0,024	0,465	0,007	0,075
Insuficiencia cardíaca (%)	42 (4,1)	15 (19,0)	3 (8,1)	24 (2,7)	0,001	0,001	0,085	0,173
FEVI reducida (%)	14 (1,4)	5 (6,3)	0 (0,0)	9 (1,0)	0,504			
IAM previo (%)	235 (23,0)	37 (46,8)	12 (32,4)	186 (20,6)	0,001	0,001	0,083	0,143
Vasculopatía periférica (%)	107 (10,5)	11 (13,9)	11 (29,7)	85 (9,4)	0,001	0,195	0,001	0,043
Ictus/Accidente isquémico transitorio (%)	70 (6,9)	12 (15,2)	3 (8,1)	55 (6,1)	0,009	0,002	0,495	0,381

Enfermedad renal crónica (%)	120 (11,8)	20 (25,6)	12 (32,4)	88 (9,7)	0,001	0,001	0,001	0,448
Enfermedad pulmonar crónica (%)	103 (10,1)	13 (16,5)	1 (2,7)	89 (9,8)	0,057	0,066	0,248	0,036
Killip-Kimball > I (%)	27 (2,6)	4 (5,1)	4 (10,8)	19 (2,1)	0,002	0,095	0,01	0,255
IAMSEST al ingreso (%)	784 (76,9)	62 (78,5)	29 (78,4)	693 (76,7)	0,919			
PCR/arritmia ventricular previa a la coronariografía (%)	6 (0,6)	0 (0,0)	2 (5,4)	4 (0,4)	0,001	0,999	0,02	0,1
Tiempo hasta la coronariografía (horas)	60,8 ± 151,5	118,9 ± 91,8	65,3 ± 57,7	55,5 ± 67,5	0,002	0,001	0,92	0,175
24 horas (%)	359 (35,2)	27 (34,2)	14 (37,8)	318 (35,2)	0,928			
Acceso femoral en la coronariografía (%)	53 (5,2)	7 (8,9)	6 (16,2)	40 (4,4)	0,002	0,076	0,001	0,242
Revascularización								
No (%)	86 (8,4)	15 (19,0)	3 (8,1)	68 (7,5)				
Percutánea (%)	835 (81,9)	59 (74,7)	22 (59,5)	754 (83,4)	0,001	0,005	0,001	0,001
Quirúrgica (%)	97 (9,5)	5 (6,3)	12 (32,3)	80 (8,8)				
Mixta (%)	2 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,2)				

APT: arritmias con potencial tromboembólico; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; IAM: infarto agudo de miocardio; PCR: parada cardiorrespiratoria.



Incidencia de complicaciones intrahospitalarias.

Conclusiones: Pese a las mejoras en el manejo de las APT, estas continúan asociando un peor pronóstico intrahospitalario en los pacientes con SCASEST.