



14. VARIABLES ASOCIADAS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ESPAÑA

Pablo Díez Villanueva¹, Clara Bonanad Lozano², Francisca Esteve Claramunt³, Pedro Cepas-Guillén⁴, Alberto Cordero Fort⁵, Iván Núñez Gil⁶, Miguel José Corbi Pascual⁷, María Thiscal López⁸, Mike Huanca⁹, Au Álvarez Abella¹⁰, Adrián Rivas¹¹, Sergio Raposeiras Roubín¹², Ana Isabel Santos Sánchez¹³, José Luis Ferreiro Gutiérrez¹⁴, Juan Górriz Magaña¹⁵, Eva Moreno¹⁶, Pilar Roquero¹⁷, Felipe del Hoyo¹⁸, Ana Ayesta¹⁹ y José Ángel Pérez Rivera²⁰

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, ²Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ³Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, ⁴Hospital Clínic, Barcelona, España, ⁵Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante), España, ⁶Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁷Hospital General de Albacete, Albacete, España, ⁸Complejo Asistencial Universitario, León, España, ⁹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ¹⁰Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, ¹¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ¹²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ¹³Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España, ¹⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, ¹⁵Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid, España, ¹⁶Hospital Clínic, Barcelona, España, ¹⁷Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, ¹⁸Hospital 9 de Octubre, Valencia, España, ¹⁹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España y ²⁰Hospital Universitario, Burgos, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia de fibrilación auricular (FA) y cardiopatía isquémica (CI) aumenta con la edad, condicionando un escenario complejo y relativamente frecuente en la práctica clínica. Nuestro objetivo fue conocer las variables asociadas con el pronóstico en una cohorte de pacientes con FA y CI en nuestro país a un año de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes con FA y CI en España. Se evaluaron las características basales, clínicas, analíticas y ecocardiográficas, así como el manejo clínico y la elección del tratamiento antitrombótico. Estudiamos la mortalidad a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 290 pacientes (edad media $77,7 \pm 9,7$ años, 28% mujeres) en los que estaba disponible toda la información durante al menos 6 meses de seguimiento. El 84% de los pacientes eran hipertensos, el 42% diabéticos, el 69,7% dislipémicos. La comorbilidad media, caracterizada mediante el índice de Charlson fue $2,3 \pm 2$. La puntuación media en las escalas CHA₂DS-VASc y HAS-BLED fue $4,28 \pm 1,62$ y $2,94 \pm 1$, respectivamente. La presentación clínica de la cardiopatía isquémica fue SCASEST (45%), SCACEST (22%) y angina estable (33%). Se revascularizó el 65,6% de los pacientes, en su mayoría de forma percutánea (92%). El 42% de los pacientes fueron dados de alta con triple terapia (doble antiagregación + anticoagulación), el 30,1% con doble terapia (antiagregación + anticoagulación). Tras un seguimiento medio de $325 \pm 5,7$ días, fallecieron 35 pacientes (12%). Las variables asociadas de forma independiente (análisis multivariado) con la mortalidad durante el seguimiento se muestran en la tabla (creatinina, recuento leucocitario, elevación de troponinas, número de vasos enfermos, función ventricular y comorbilidad fueron predictores de mortalidad en nuestro estudio).

Variables asociadas de forma independiente con la mortalidad en pacientes con fibrilación auricular y cardiopatía isquémica

Variable	<i>Hazard ratio</i> , intervalo confianza 95%	p
Creatinina	1,35 [1,12; 1,63]	0,001
Leucocitos	1,09 [1,03; 1,16]	0,004
FEVI	0,96 [0,94; 0,99]	0,007
Índice de Charlson	1,19 [1,05; 1,35]	0,006
Elevación de troponina al ingreso	4,1 [1,26; 13,32]	0,019
Número de vasos enfermos	1,48 [1,05; 1,2.08]	0,025

Conclusiones: La presencia de una serie de variables sencillas identifica pacientes con FA y CI de mayor riesgo de mortalidad durante el seguimiento.