



13. PRONÓSTICO A 10 AÑOS DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR COMO COMPLICACIÓN EN FASE AGUDA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

María José Martínez Membrive¹, Isaac Subirana Cachinero², Edgar Fadeuilhe Grau³, Ferran Rueda Sobella³, José Carreras Mora¹, Teresa Oliveras Vilà³, Diana Mojón Álvarez¹, Carlos Labata Salvador³, Marc Ferrer Massot³, Nabil El Ouaddi Azzaytouni³, Santiago R. Montero Aradas³, Roberto Elosua Llanos², Nuria Ribas Barquet¹, Antoni Bayés Genís³ y Cosme García García³

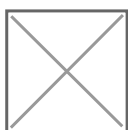
¹Hospital del Mar, Barcelona, España, ²Institut Municipal d'Investigació Mèdica IMIM, Barcelona, España y ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es una complicación en fase aguda del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMEST), con una incidencia descrita del 4-15%. Sin embargo, existen dudas de manejo en la práctica clínica diaria, sobre todo respecto al inicio de anticoagulación crónica.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye todos los pacientes que ingresan por IAMEST en la Unidad Coronaria de 2 centros terciarios de Barcelona entre 2007 y 2015. Se excluyen los que tienen FA permanente previa, se seleccionan los que presentan FA en las primeras 48h post-IAM, y se emparejan con un grupo control en base a la edad y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

Resultados: En total 4.184 pacientes presentan IAMEST, y se seleccionan 269 pacientes complicados con FA (6,4%). Tras emparejar por edad y FEVI, se obtienen 470 pacientes (235 con FA y 235 control). La edad media son 69 años, y no hay diferencias de sexo entre grupos (35,3 vs 28,1% son mujeres; $p = 0,113$). No se han detectado diferencias en cuanto a factores de riesgo cardiovascular o cardiopatía isquémica previos, pero el grupo con FA tiene más vasculopatía periférica. Los pacientes con FA tienen una peor situación clínica inicial, con más hipotensión arterial y peor función renal al ingreso; además presentan más complicaciones cardíacas, incluyendo taquicardia ventricular sostenida (12,8 vs 4,68%; $p = 0,003$), bloqueo auriculo-ventricular avanzado (13,2 vs 6,0%; $p = 0,012$), insuficiencia cardíaca (28,5 vs 18,7%; $p = 0,017$) y *shock* cardiogénico (17,4 vs 8,5%; $p = 0,006$). Los pacientes con FA se presentan más en Killip 3 o 4 (26,4 vs 12,4%; $p = 0,001$) y tienen más afectación de tronco común (7,6 vs 4,9%; $p = 0,040$). En el seguimiento a 10 años, el grupo con FA presenta mayor mortalidad (51,7 vs 36,3%; $p = 0,002$) y más recidiva de FA (39,8 vs 13,7%; $p = 0,001$). No se han detectado diferencias respecto a incidencia de ictus en el seguimiento, pero destacar que en el grupo FA hay más proporción de pacientes en los que se inicia anticoagulación crónica al alta (19,0 vs 6,4%; $p = 0,001$).



Curvas de supervivencia Kaplan Meier.

Conclusiones: La FA en fase aguda del IAMEST se asocia a peor presentación clínica, con más incidencia de insuficiencia cardiaca y *shock* cardiogénico, independientemente de edad y FEVI. En el seguimiento a 10 años, estos pacientes tienen más recidiva de FA y mayor mortalidad, sin diferencia en la incidencia de ictus.