



4044-9. IMPACTO EN LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE LA PRESENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR AL INGRESO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON Y SIN ST ELEVADO. RESULTADOS DEL ESTUDIO CASTUO

Luciano Consuegra Sánchez, Daniel Fernández-Bergés, F.J. Félix, L. Lozano, P. Álvarez-Palacios, Y. Morcillo, A.B. Hidalgo y V. Tejero del Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) y Centro de Salud de Don Benito (Badajoz).

Resumen

Antecedentes y Objetivos: La presencia y/o aparición de fibrilación auricular durante el ingreso por síndrome coronario agudo se ha asociado en varios estudios previos a un peor pronóstico. Sin embargo persisten dudas de si el incremento de riesgo de mortalidad es debido a la presencia de la propia fibrilación auricular o bien a la presencia de condiciones asociadas tales como la insuficiencia cardíaca o arritmias ventriculares graves. Por ello, nos propusimos evaluar el valor pronóstico –en términos de mortalidad– de la presencia de fibrilación auricular al ingreso en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) reclutados en un Hospital General de Área.

Métodos: Se reclutaron 1903 pacientes (edad media 69,5 años, varones 69,3%) con diagnóstico de IAM (827 “ST elevado”, 998 “ST no elevado” y 78 “de localización indeterminada”) desde inicio del año 2000 a 2009. Se calculó el exceso de riesgo asociado a la presencia de fibrilación auricular de forma bruta y ajustada mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox. Se evaluó asimismo la discriminación (área bajo la curva [ABC]) y calibración de los modelos (Hosmer-Lemeshow).

Resultados: Ciento noventa y cuatro pacientes (10,2%) presentaron fibrilación auricular al ingreso. Se obtuvieron datos de seguimiento (mortalidad por cualquier causa) en todos los pacientes, con un seguimiento medio de 4,4 años. Globalmente, los pacientes que presentaron fibrilación auricular al ingreso tenían un perfil de mayor riesgo basal (mayor edad, mayor comorbilidad, mayor clase Killip, peor fracción de eyección ventricular izquierda y menor uso de terapias de prevención secundaria al alta) y más eventos mortales en el seguimiento (49,0 vs 26,3%, Hazard ratio [HR] = 2,31, IC95% 1,85-2,89). En un modelo ajustado de Cox, de alto poder discriminativo (ABC = 0,82) y bien calibrado ($\chi^2 = 6,46$, $p = 0,6$), la presencia de fibrilación auricular se mantuvo como predictor independiente de muerte total a largo plazo (HR = 1,29, IC95% 1,01-1,64). Dicha asociación no presentó variación en los diferentes períodos del estudio (valor p de la interacción = 0,6).

Conclusiones: La presencia de fibrilación auricular al ingreso en pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio sigue siendo un predictor de muerte por todas las causas luego de un ajuste estadístico meticuloso.