



5002-9. EVALUACIÓN DEL ABORDAJE Y EVENTOS ADVERSOS EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR QUE INGRESAN POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María Asunción Esteve Pastor¹, Juan Miguel Ruiz Nodar², José Miguel Rivera Caravaca¹, Esteban Orenes Piñero¹, Antonio Tello Montoliu¹, Luna Carrillo Alemán³, Elena María Candela Sánchez³, Laura Núñez Martínez⁴, Nuria Vicente Ibarra⁴ y Francisco Marín¹, del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, CIBER-CV, IMIB-Arrixaca, Murcia, ²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, ³Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante y ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios clásicos han mostrado que la presencia de FA es un marcador de pronóstico adverso en los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, el tratamiento de los pacientes con FA que ingresan tras un SCA suele ser complejo y con baja adherencia a las guías clínicas. El objetivo fue analizar el abordaje de los pacientes con FA que ingresa tras un SCA y los eventos adversos en el seguimiento.

Métodos: Se analizaron a todos los pacientes con SCA incluidos de forma prospectiva en un registro nacional, multicéntrico y prospectivo. Los pacientes se dividieron según la presencia de FA. Tras 2 años de seguimiento, se analizaron los principales eventos adversos.

Resultados: Se analizaron 1.717 pacientes con una media de edad de $66,2 \pm 13,2$ años y el 71,3% de los pacientes eran varones. 139 pacientes (8,1%) tenían FA. Los pacientes con FA tenían mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión (65,8 frente a 87,1%; $p < 0,001$) o enfermedad renal crónica (26,1 frente a 60,1%; $p < 0,001$) en comparación con los pacientes en ritmo sinusal (RS). Así mismo, los pacientes con FA presentaron menor tasa de tratamiento invasivo (76,1 frente a 55,4%; $p < 0,001$) o revascularización completa (75,4 frente a 58,4%; $p < 0,001$). Al alta, el 86% de los pacientes con FA estaban con ácido acetilsalicílico (AAS), 62,3% con doble antiagregación y 77% anticoagulados. Tras una mediana de seguimiento de 977 (RIQ 790-1139) días, se observó un aumento significativo en la tasa de eventos en los pacientes con FA para mortalidad global (8,9 frente a 1,9%; $p < 0,001$), mortalidad cardiovascular (3,6 frente a 8,7%; $p < 0,001$) y MACE (10,3 frente a 15,9%; $p = 0,043$) sin diferencias en sangrado mayor (0,9 frente a 1,7%; $p = 0,321$). Tras el análisis multivariante, la presencia de FA se asoció de forma independiente con el aumento de la mortalidad global [HR 2,06 (IC95% 1,32-3,21; $p = 0,01$)]. El 30% de los pacientes con inhibidor del P2Y12 suspendieron el tratamiento antes de los 12 m; a los 24 meses, solamente 9 (6,1%) estaba con un inhibidor del P2Y12 y 54 (38,8%) del AAS.



Supervivencia libre de eventos a largo plazo en pacientes con FA y SCA.

Conclusiones: Los pacientes con FA que ingresan por SCA presentan peor abordaje durante el ingreso con menor tasa de tratamiento invasivo, menor revascularización y baja adherencia a la triple terapia. Los pacientes con FA presentan peor pronóstico en el seguimiento, la presencia de FA es un factor de riesgo independiente de mortalidad global en los pacientes con SCA.