



<https://www.revclinesp.es>

IC-70. - IMPACTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Muro Fernández de Pinedo¹, A. Torralba Morón¹, A. Morales Cartagena¹, S. Vázquez del Pozo², I. Marín León³, R. Gómez Herreros⁴, J. Guerra Vales¹, A. Gómez de la Cámara²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Investigación Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Determinar el valor pronóstico de la fibrilación auricular (FA) en pacientes hospitalizados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca (IC), en términos de reingreso y mortalidad, así como analizar la prevalencia de dicho parámetro y las características sociodemográficas y clínicas asociadas al mismo.

Métodos: PREDICE [PREdicción Desenlaces en Insuficiencia Cardiaca en España (FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS357-06)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórica en el que participan los hospitales H.U. Virgen del Rocío y H.U. Nuestra Señora de Valme (Sevilla), y H.U. 12 de Octubre (Madrid). Incluye 600 pacientes mayores de 18 años, ingresados por un primer episodio de IC desde enero de 2004 a diciembre de 2006. Se recopilan los datos de todos los pacientes que presentan FA de cualquier tipo (paroxística, persistente o permanente), ya conocida o desarrollada a lo largo del ingreso. Las variables a estudio fueron: sociodemográficas, clínicas, analíticas, diagnóstico fisiopatológico, tratamiento al alta y pronóstico en términos de reingreso y mortalidad al mes, 3 meses y un año. Se considera nivel de significación (p 0,05).

Resultados: De los 600 pacientes, 250 presentaban FA (42%). Un 56,4% eran mujeres; edad media de 76 años (DE: 10,7 años). Las comorbilidades más frecuentes: HTA (65,2%), DM tipo 2 (39,2%), hipercolesterolemia (24,8%). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos (FA y sin FA) en cuanto a edad, clínica al ingreso (salvo palpitaciones y dolor torácico), comorbilidades más frecuentes, situación basal, diagnóstico fisiopatológico y tratamiento al alta (a excepción de tratamiento antiagregante 52% vs 32%, p: 0,000; y anticoagulante 14,6 vs 60,8%, p: 0,000). Se comparó el pronóstico en términos de reingreso y mortalidad en las 2 poblaciones no objetivando diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos (tabla). En el subgrupo con FA, si clasificamos a los pacientes según el riesgo tromboembólico (escala CHADS2: considerando riesgo moderado 1 punto y riesgo alto superior a 1) existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a reingresos al mes (0 vs 9,8% p: 0,05), a los 3 meses (0 vs 13,6% p: 0,019) y al año (0 vs 22%; p: 0,02) entre las 2 poblaciones, no habiendo diferencias en cuanto a mortalidad.

Tabla (IC-70). Impacto pronostico de la FA en pacientes ingresados por IC

	Total	IC y FA	IC sin FA	Valor de p
Reingreso a 1 mes	45/600 7,5%	21/250 8,4%	24/350 6,9%	0,479
Reingreso a 3 meses	75/600 12,5%	29/250 11,6%	46/350 13,1%	0,573
Reingreso a 1 año	131/600 21,8%	47/250 18,8%	84/350 24%	0,128
Mortalidad a 1 mes	39/600 6,5%	14/250 5,6%	25/350 7,1%	0,45
Mortalidad a 3 meses	59/600 9,8%	18/250 7,2%	41/350 11,7%	0,067
Mortalidad a 1 año	98/600 16,3%	35/250 14%	63/350 18%	0,191

Conclusiones: No se puede considerar la FA como factor de mal pronóstico en términos de mortalidad en pacientes ingresados por IC, aunque influye en la probabilidad de reingresos en paciente con FA y alto riesgo TE.