



## 957 - CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD A LOS 6 MESES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

*Manuel Jesús Guerrero Gómez<sup>1</sup>, Irene Bravo Candela<sup>1</sup>, Rocío Ruiz Hueso<sup>1</sup>, Carlos Pazos Amodeo<sup>1</sup>, Antonio Espino Montoro<sup>2</sup>, Teresa Soriano Sánchez<sup>3</sup>, José Carlos Arévalo Lorido<sup>4</sup>, Beatriz Calvo Martínez<sup>5</sup>, Fernando Aguilar Rodríguez<sup>6</sup>, Samantha Albarrán González<sup>7</sup>, Lucía Barrera López<sup>8</sup>, Jesús Díez Manglano<sup>9</sup>, Ana Arenas Iglesias<sup>10</sup> y María José Castillo<sup>11</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. <sup>3</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España. <sup>5</sup>Hospital Parc Taulí, Sabadell, España. <sup>6</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>7</sup>Hospital Público de Monforte de Lemos, Lugo, España. <sup>8</sup>Hospital da Barbanza, A Coruña, España. <sup>9</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España. <sup>10</sup>Hospital San Agustín, Sevilla, España. <sup>11</sup>Hospital Parc Sanitari San Joan de Deu, Sant Boi de Llobregat, España.

### Resumen

**Objetivos:** 1. Determinar la prevalencia y describir las características de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) según la presencia o no de fibrilación auricular (FA), así como el tratamiento administrado, procedimientos y complicaciones durante el ingreso. 2. Valorar si la FA es un factor pronóstico en estos pacientes a los 6 meses de seguimiento.

**Métodos:** Análisis retrospectivo del estudio EPICTER, que incluyó pacientes ingresados por IC aguda en 74 hospitales españoles. Se recogieron las principales comorbilidades, datos en ECG y ecocardiografía, síntomas al ingreso, tratamientos y complicaciones durante el ingreso. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: pacientes con FA y sin FA para realizar el estudio descriptivo. Los factores predictores de mortalidad se obtuvieron realizando un análisis multivariante mediante regresión de Cox. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 29.0.

**Resultados:** Se incluyeron 1.873 pacientes, de los cuales 1.100 (58,7%) presentaban FA. En este grupo la mediana de edad se situaba en 82 años, siendo el 53,6% mujeres. La tabla 1 muestra el estudio descriptivo de la población. Comparado con los pacientes sin FA, los pacientes con FA presentaban mayor edad y más presencia de IC previa, valvulopatías, hipertensión arterial (HTA) y enfermedad cerebrovascular (ECV), además de menor infarto agudo de miocardio previo (IAM). Respecto a los síntomas, los pacientes con FA presentaban más frecuentemente insomnio. Analíticamente, mostraron menores cifras de hemoglobina y menor tensión arterial sistólica al ingreso. Atendiendo al manejo, precisaron mayor uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y recibieron menos frecuentemente vasodilatadores. No existieron diferencias significativas respecto a la mortalidad entre estos dos grupos, no siendo la FA un factor pronóstico independiente para nuestra cohorte de estudio.

### Tabla 1

	<b>Cohorte del estudio</b>			
	<b>Todos los pacientes (n = 1.873, 100%)</b>	<b>Fibrilación auricular (n = 1.100, 58,7%)</b>	<b>Sin fibrilación auricular (n = 773, 41,3%)</b>	<b>p</b>
<b>Características demográficas y exploración</b>				
Edad, años	82 (73-87)	82 (76-87)	81 (71-86)	< <b>0,001</b>
Mujeres	977 (52,2%)	590 (53,6)	387 (50,1)	0,128
TAS, mmHg	123 (110-140)	121 (110-140)	125 (110-140)	<b>0,006</b>
<b>Comorbilidades cardíacas</b>				
IAM previo	627 (33,5)	348 (31,6)	279 (36,1)	<b>0,044</b>
IC previa	1.385 (73,9)	891 (81,0)	494 (63,9)	< <b>0,001</b>
Valvulopatía	825 (44,0)	547 (49,7)	278 (36,0)	< <b>0,001</b>
<b>Otras comorbilidades</b>				
Diabetes	847 (45,2)	490 (44,5)	357 (46,2)	0,483
Hipertensión arterial	1.610 (86,0)	969 (88,1)	641 (82,9)	<b>0,002</b>
EPOC	489 (26,1)	281 (25,5)	208 (26,9)	0,509
Enfermedad cerebrovascular	416 (22,2)	277 (25,2)	139 (18,0)	< <b>0,001</b>
Arteriopatía periférica	316 (16,9)	184 (16,7)	132 (17,1)	0,843
Anemia (hemoglobina < 12 g/dl)	938 (50,1)	602 (54,7)	336 (43,5)	< <b>0,001</b>
Enfermedad renal crónica	938 (50,1)	559 (50,8)	364 (47,1)	0,112
Cáncer	297 (15,9)	167 (15,2)	130 (16,8)	0,340
<b>Ecocardiografía</b>				
FEVI < 40%	329 (17,6)	182 (16,5)	147 (19,0)	0,166
<b>Síntomas</b>				
Disnea	1.475 (78,8)	870 (79,19)	605 (78,3)	0,668
Ansiedad	615 (32,5)	359 (32,6)	256 (33,1)	0,827
Insomnio	674 (36,0)	416 (37,8)	258 (33,4)	<b>0,049</b>
Dolor torácico	367 (19,6)	203 (18,5)	164 (21,2)	0,138
Náuseas	220 (11,7)	124 (11,3)	96 (12,4)	0,448
Algias	527 (28,1)	319 (29,0)	208 (26,9)	0,322
Delirios	290 (15,5)	167 (15,2)	123 (15,9)	0,667
<b>Valoración funcional</b>				
NYHA III-IV basal	592 (31,6)	358 (32,5)	234 (30,3)	0,297
> 3 visitas a Urgencias*	486 (25,9)	310 (28,2)	176 (22,8)	<b>0,009</b>
<b>Laboratorio</b>				
Hemoglobina, mg/dL	11,3 (10,1-12,8)	11,3 (10,0-12,6)	11,5 (10,1-14,4)	<b>0,005</b>
Creatinina, mg/dL	1,29 (0,94-1,8)	1,30 (0,95-1,77)	1,26 (0,92-1,86)	0,123
Sodio, mEq/L	139 (135-142)	139 (135-142)	139 (136-141)	0,466
<b>Tratamiento de la IC durante el ingreso</b>				
Furosemida en perfusión	476 (25,4)	283 (25,7)	193 (25,0)	0,710
Aminas	151 (8,1)	83 (7,5)	68 (8,8)	0,327
Vasodilatadores	324 (17,3)	165 (15)	159 (20,6)	<b>0,002</b>
VMNI	20 (1,1)	85 (7,7)	81 (10,5)	<b>0,039</b>
Bolos de hipertónicos	29 (1,5)	14 (1,3)	15 (1,9)	0,249

<b>Tratamiento para controlar síntomas durante el ingreso</b>				
Opiáceos	487 (26,0)	277 (25,2)	210 (27,2)	0,335
Benzodiazepinas	648 (34,6)	375 (34,1)	273 (35,3)	0,583
Fenotiazinas	213 (11,4)	126 (11,5)	87 (11,3)	0,893
Anticolinérgicos	58 (3,1)	31 (2,8)	27 (3,5)	0,407
<b>Complicaciones</b>				
Polimedicados	1537 (82,1)	931 (84,6)	606 (78,4)	<b>0,001</b>
<b>Pronóstico</b>				
Mortalidad por cualquier causa a los 6 meses	568 (30,3)	340 (30,9)	228 (29,5)	0,512

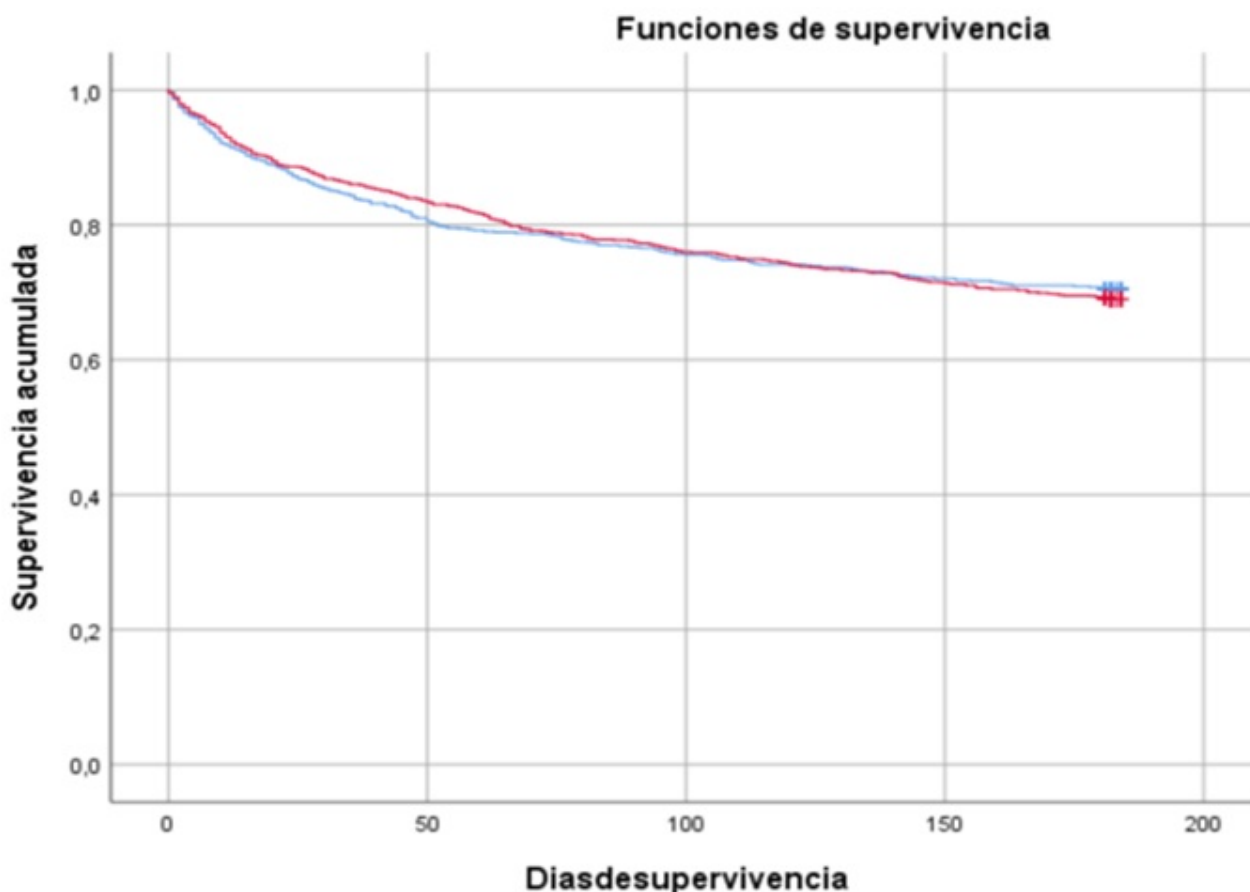
**Tabla 2**

	<b>Análisis univariante</b>	<b>Análisis multivariante</b>
HR (IC95%), p	HR (IC95%), p	
<b>Edad, años</b>	1,03 (1,02-1,04)	1,03 (1,02-1,04)
<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	
<b>IAM previo</b>	1,05 (0,84-1,25)	
p 0,570		
<b>IC previa</b>	1,68 (1,36-2,08)	1,27 (1,01-1,59)
<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p 0,036</b>	
<b>Fibrilación auricular</b>	1,03 (0,87-1,22)	
p 0,674		
<b>FEVI reducida</b>	1,18 (0,96-1,46)	
p 0,100		
<b>NYHA III-IV</b>	1,56 (1,32,1,85)	1,12 (0,93-1,35)
<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p 0,217</b>	
<b>Hipertensión arterial</b>	1,18 (0,91-1,51)	
p 0,196		
<b>Diabetes mellitus</b>	1,02 (0,86-1,20)	
p 0,810		
<b>EPOC</b>	1,21 (1,04-1,49)	1,31 (1,09-1,58)
<b>p 0,016</b>	<b>p 0,003</b>	
<b>Enfermedad cerebrovascular</b>	1,41 (1,18-1,71)	1,10 (0,91-1,34)
<b>p &lt; 0,001</b>	p 0,309	
<b>ERC</b>	1,51 (1,27-1,78)	1,14 (0,95-1,36)
<b>p &lt; 0,001</b>	p 0,142	
<b>Anemia (hemoglobina &lt; 12)</b>	1,29 (1,09-1,53)	1,08 (0,91-1,28)
<b>p 0,002</b>	p 0,372	
<b>Delirios</b>	2,31 (1,91-2,79)	1,59 (1,29-1,97)
<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	
<b>&gt; 3 visitas a Urgencias*</b>	1,53 (1,28-1,82)	1,15 (0,95-1,39)
<b>p &lt; 0,001</b>	p 0,144	
<b>Vasodilatadores</b>	0,97 (0,78-1,21)	
p 0,820		
<b>VMNI</b>	1,17 (0,89-1,54)	
p 0,250		
<b>Mórficos</b>	2,11 (1,78-2,50)	1,57 (1,29-1,90)
<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	
<b>Benzodiazepinas</b>	1,45 (1,23-1,72)	1,24 (1,04-1,49)
<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p 0,017</b>	
<b>Bolos de hipertónico</b>	1,72 (0,99-2,98)	
p 0,052		

**Polimedicados**  
**p 0,043**

1,26 (1,00-1,59)  
p 0,911

1,01 (0,79-1,28)



**Figura 1.** Supervivencia a los 6 meses según la presencia o no de FA (sin FA: línea azul, con FA: línea roja; Log Rank p 0,674)

**Discusión:** La IC y la FA son dos entidades que presentan una prevalencia creciente y con una estrecha relación, dados los factores de riesgo comunes y la interacción entre ambas. Los pacientes con IC presentan mayor prevalencia de FA y riesgo de desarrollo de la misma. A pesar de nuestros resultados, es conocido que la FA en pacientes con IC se asocia con mayor carga sintomática y número de ingresos hospitalarios, existiendo resultados heterogéneos respecto a la mortalidad a lo largo del espectro de la FEVI (empeorando el pronóstico, principalmente, en los pacientes con FEVI conservada). Por tanto, las estrategias de control de ritmo y la optimización del tratamiento de la IC para minimizar el remodelado estructural y eléctrico que promueve el desarrollo de FA son de gran importancia para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes.

**Conclusiones:** La FA es muy prevalente en enfermos hospitalizados por IC y se asocia a edad avanzada, mayor tiempo de evolución de la enfermedad y a comorbilidades como la hipertensión arterial, valvulopatías, anemia y enfermedad cerebrovascular. Aunque su presencia no se asocia a mayor mortalidad a los 6 meses, su manejo requiere con mayor frecuencia una gran cantidad de fármacos y tratamiento con ventilación mecánica no invasiva.