



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

Manuel Jesús Guerrero Gómez¹, Irene Bravo Candela¹, Rocío Ruiz Hueso¹, Carlos Pazos Amodeo¹, Antonio Espino Montoro², Teresa Soriano Sánchez³, José Carlos Arévalo Lorido⁴, Beatriz Calvo Martínez⁵, Fernando Aguilar Rodríguez⁶, Samantha Albarrán González⁷, Lucía Barrera López⁸, Jesús Díez Manglano⁹, Ana Arenas Iglesias¹⁰ y María José Castillo¹¹

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

	Cohorte del estudio			
	Todos los pacientes (n = 1.873, 100%)	Fibrilación auricular (n = 1.100, 58,7%)	Sin fibrilación auricular (n = 773, 41,3%)	p
Características demográficas y exploración				
Edad, años	82 (73-87)	82 (76-87)	81 (71-86)	< 0,001
Mujeres	977 (52,2%)	590 (53,6)	387 (50,1)	0,128
TAS, mmHg	123 (110-140)	121 (110-140)	125 (110-140)	0,006
Comorbilidades cardíacas				
IAM previo	627 (33,5)	348 (31,6)	279 (36,1)	0,044
IC previa	1.385 (73,9)	891 (81,0)	494 (63,9)	< 0,001
Valvulopatía	825 (44,0)	547 (49,7)	278 (36,0)	< 0,001
Otras comorbilidades				
Diabetes	847 (45,2)	490 (44,5)	357 (46,2)	0,483
Hipertensión arterial	1.610 (86,0)	969 (88,1)	641 (82,9)	0,002
EPOC	489 (26,1)	281 (25,5)	208 (26,9)	0,509
Enfermedad cerebrovascular	416 (22,2)	277 (25,2)	139 (18,0)	< 0,001
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)	< 0,001
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
Ecocardiografía				
FEVI < 40%	329 (17,6)	182 (16,5)	147 (19,0)	0,166
Síntomas				
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)	0,049
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
Valoración funcional				
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)	0,009
Laboratorio				
Hemoglobina, mg/dL	11,3 (10,1-12,8)	11,3 (10,0-12,6)	11,5 (10,1-14,4)	0,005
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
Tratamiento de la IC durante el ingreso				
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)	0,002
VMNI	20 (1,1)	85 (7,7)	81 (10,5)	0,039
Bolos de hipertónicos	29 (1,5)	14 (1,3)	15 (1,9)	0,249

Tratamiento para controlar síntomas durante el ingreso				
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
Complicaciones				
Polimedicados	1537 (82,1)	931 (84,6)	606 (78,4)	0,001
Pronóstico				
Mortalidad por cualquier causa a los 6 meses	568 (30,3)	340 (30,9)	228 (29,5)	0,512

Tabla 2

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

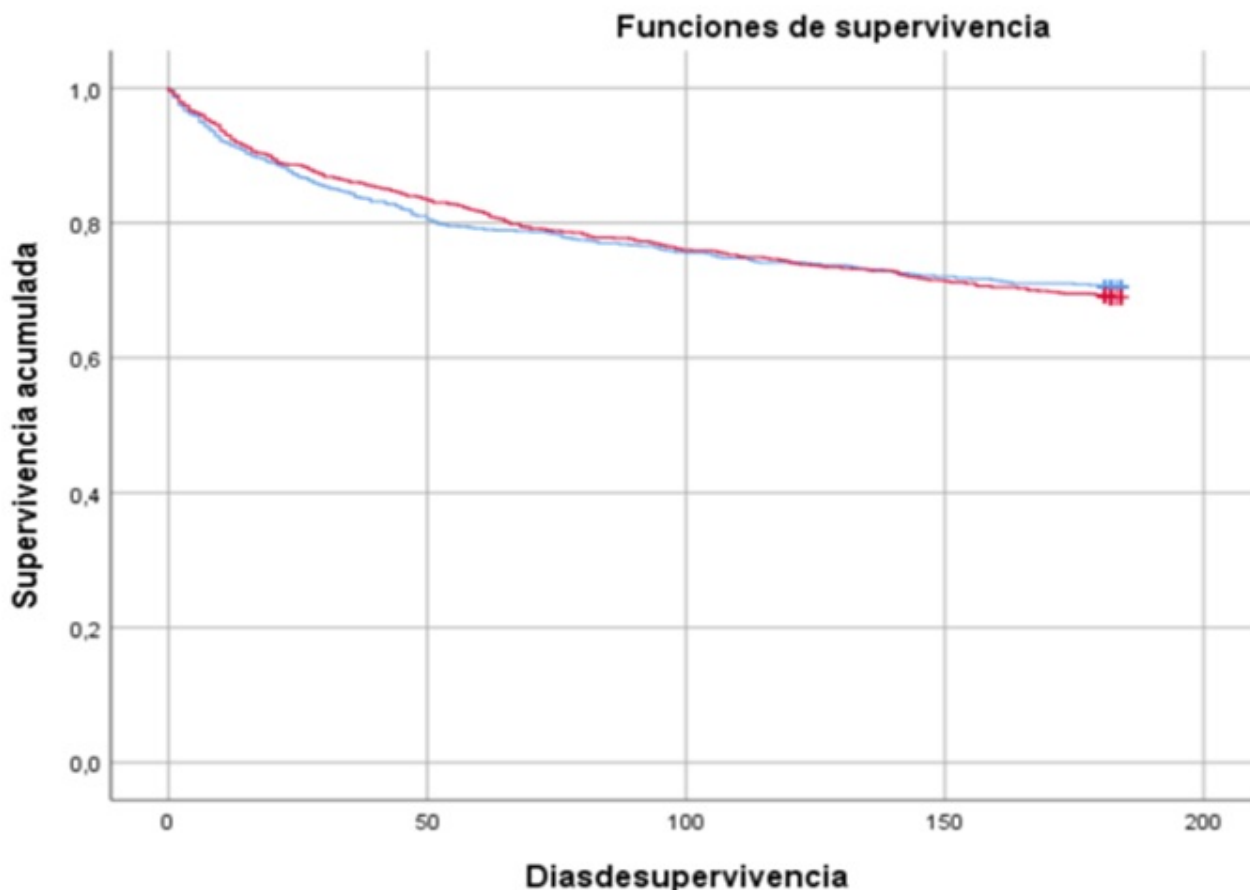


Figura 1. Supervivencia a los 6 meses según la presencia o no de FA (sin FA: línea azul, con FA: línea roja; Log Rank p 0,674)

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.