

Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

Fibrilación auricular en el contexto de infarto agudo del miocardio. Una asociación de alto riesgo.

Atrial fibrillation in acute myocardial infarction. A high-risk association.

Manlio F. Márquez Murillo¹, Angelo Columna Capellán².

1 Centro Médico ABC (American British Cowdray). 2 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 25 de Julio de 2022

Aceptado después de revisión

el 26 de Julio de 2022

www.revistafac.org.ar

Palabras clave:

Fibrilación auricular,
infarto agudo de miocardio,
morbi-mortalidad.

Keywords:

Atrial fibrillation,
acute myocardial infarction,
morbi-mortality.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

En el trabajo que se publica en este número de la Revista, titulado "Características clínicas, tratamiento y complicaciones de los pacientes con infarto agudo de miocardio y fibrilación auricular", se analizaron los casos pertenecientes al registro ARGEN-IAM-ST en los cuales se diagnosticó fibrilación auricular (FA)¹. Es de suma importancia resaltar que el registro ARGEN-IAM-ST fue un registro nacional, prospectivo, observacional y multicéntrico, que es de carácter único en población argentina. De 5.708 casos de infarto agudo del miocardio (IAM) con elevación del segmento ST, se identificaron 323 con FA, que representaron el 5.7% del total. Se buscó analizar el impacto de la FA en dichos pacientes con IAM, así como describir sus diferentes características y factores de riesgo. Se encontró, como era de esperarse, que los pacientes con FA tuvieron una mayor edad y mayor número de comorbilidades (como la hipertensión arterial sistémica y el antecedente de cardiopatía isquémica previa). Además, se comprobó que la coexistencia de ambas condiciones resulta en un incremento significativo de eventos cardiovasculares adversos. Así, hubo una mayor tasa de eventos cerebrovasculares, que ocurrieron en un 3.1% del grupo con FA, en comparación con solo un 0.8% de aquellos pacientes sin dicha arritmia. Finalmente, es de suma importancia clínica mencionar el gran impacto que tuvo la FA en la mortalidad intrahospitalaria, la cual fue de un 22.9% en aquellos con FA con respecto a un 7.8% para aquellos sin FA.

Resultan sumamente interesantes los hallazgos de este subanálisis del registro AR-GEN-IAM-ST, ya que resalta el gran peso que tiene la FA como factor de riesgo para la apa-

rición de eventos adversos en una población de muy alto riesgo cardiovascular como lo son aquellos pacientes con IAM con elevación del segmento ST². Desde el punto de vista fisiopatológico tiene sentido que el incremento de uno de los principales determinantes del consumo miocárdico de oxígeno, como lo es la frecuencia cardiaca, contribuya a un peor pronóstico en estos pacientes³. Además, cabe resaltar que el estado inflamatorio ligado a la FA, se ha asociado a una mayor reactividad plaquetaria y actividad a nivel de la placa aterosclerótica, lo que pone en riesgo de eventos adversos durante la hospitalización a estos pacientes⁴. De igual modo, se debe mencionar que los individuos que exhibieron dicha arritmia tenían más comorbilidades como hipertensión y cardiopatía isquémica previa. Ambas son características que elevan el riesgo en caso de un IAM⁵. Por supuesto que el hecho de ser pacientes de mayor edad también posee un impacto sobre el desenlace clínico⁶.

Del mismo modo, otro factor a considerar en esta población de pacientes, es la implementación de la triple terapia (anticoagulante más doble antiagregante plaquetario). Así, en este grupo de pacientes con IAM con elevación del segmento ST más FA de novo, tuvieron un incremento sustancialmente alto de la tasa de sangrado comparados con aquellos pacientes que no presentaron FA. Resultaría interesante observar cuál es el beneficio clínico neto de esta "triple terapia" en estos pacientes con riesgo alto de sangrado por la edad y las comorbilidades, incluso considerando su grado de "fragilidad"⁴. Además, resulta de interés ver el beneficio de la triple terapia en población latinoamericana, ya sea con el uso de antagonistas de la vitamina K o de

los anticoagulantes orales directos, en combinación con los antiagregantes plaquetarios. Actualmente los lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de FA publicados por la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan el uso de la triple terapia por una semana posterior al episodio de Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST. Dicha duración "corta", siempre y cuando el riesgo trombotico sea bajo. En caso de que el riesgo de trombosis del Stent sea elevado, se recomienda prolongar el uso de esta terapia hasta un mes y una vez cumplido este plazo, continuar con terapia dual con anticoagulación más un solo antiagregante plaquetario, hasta cumplir 12 meses⁷. Estos análisis son necesarios que se hagan en población latinoamericana, para emitir recomendaciones acorde a los datos de nuestra población, que se sabe tiene características distintas a la población anglosajona⁴.

Los resultados de este análisis del ARGEN-IAM-ST, van acorde con lo observado en otras latitudes. Por ejemplo, en el Instituto Nacional de Cardiología se analizaron 6.705 pacientes consecutivos con un Síndrome Coronario Agudo, ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios (UCC), incluyendo 3.094 con IAM con elevación del segmento ST y 3.611 con IAM sin elevación del segmento ST⁸. Se documentó FA en 360 pacientes, que representa el 5.4%, cifra muy similar a la del registro que se publica en este número. Identificamos a los pacientes que ya tenían FA preexistente (2.1%, n=140), aquellos con FA de inicio al ingreso (3.2%, n=220) y aquellos que desarrollaron FA durante su estancia en la UCC (1.9%, n=127). Al igual que en el presente trabajo argentino, los pacientes mexicanos con FA tenían características clínicas de alto riesgo y desarrollaron un mayor número de eventos adversos que los pacientes sin FA. El riesgo de mortalidad hospitalaria no ajustado, fue significativamente mayor en los pacientes con FA preexistente y FA desarrollada durante la estancia en la UCC. Sin embargo, después de ajustar mediante el análisis multivariado, solo la FA desarrollada en la UCC y en el grupo sin elevación del ST, se asoció con un aumento de 4.4 veces el riesgo de mortalidad hospitalaria. Esto indica que no toda FA en el contexto de un IAM es igual y que se debe distinguir si la FA era preexistente o *de novo*.

Basados en los resultados de este análisis del registro ARGEN-IAM-ST, la aparición de FA tanto durante el cuadro clínico agudo del infarto con elevación del segmento ST, como durante la hospitalización, sí posee una connotación de vital importancia en la evolución de dichos pacientes, ya que se asoció a una mayor mortalidad intrahospitalaria y eventos cardiovasculares mayores. Es por ello que se debe seguir estudiando el impacto de esta arritmia en la población latinoamericana, ya que existen pocos registros que estudien este tema. La información del registro ARGEN-IAM-ST seguramente será de gran utilidad para diseñar estrategias de estratificación de riesgo y tratamiento en el contexto del IAM en diferentes poblaciones, como en este caso aquella con FA.

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Imperio H, Gagliardi J, Charask A, et al por los Investigadores de ARGEN IAM-ST. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Argentina. Datos del registro continuo ARGEN-IAM-ST. Rev Arg Cardiol **2020**; 88: 297 - 307.
2. Férrez Santander SM, Lupi Herrera E. El comportamiento del miocardio en la isquemia y en la reperfusión. Madrid, España **2004**. Elsevier. ISBN 84-8174-778-5
3. Violi F, Soliman E, Pignatelli P, et al. Atrial Fibrillation and Myocardial Infarction: A Systematic Review and Appraisal of Pathophysiologic Mechanisms. J Am Heart Assoc **2016**; 5: e003347
4. Angiolillo D, Bhatt DL, Cannon CP, et al. Antithrombotic Therapy in Patients With Atrial Fibrillation Treated With Oral Anticoagulation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. Circulation **2021**; 143: 583 -596.
5. Soliman E, Safford MM, Muntner P, et al. Atrial Fibrillation and the Risk of Myocardial Infarction. JAMA Intern Med **2014**; 174: 107 - 114.
6. Vázquez-Oliva G, Zamora A, Ramos R, et al. Acute Myocardial Infarction Population Incidence and Mortality Rates, and 28-day Case-fatality in Older Adults. The REGICOR Study. Rev Esp Cardiol (Engl. Ed.) **2018**; 71: 718 - 725.
7. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J **2020**; 42: 373 - 498.
8. González-Pacheco H, Márquez MF, Arias-Mendoza A, et al. Clinical features and in-hospital mortality associated with different types of atrial fibrillation in patients with acute coronary syndrome with and without ST elevation. J Cardiol **2015**; 66: 148 - 154.