

La fibrilación auricular *de novo* en el IAMCEST: una señal de alarma clínica

De novo Atrial Fibrillation in STEMI: A Clinical Red Flag

MIRZA RIVERO¹, MTSAC, 

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente a la que se enfrentan los cardiólogos en múltiples contextos clínicos: en pacientes con insuficiencia cardíaca, en el posoperatorio de cirugías cardíacas y no cardíacas, en unidades de cuidados intensivos, y también, por supuesto, en el infarto agudo de miocardio (IAM). (1) Se estima que aproximadamente el 10 % de los pacientes con un síndrome coronario agudo presentan FA *de novo* en la internación, (2,3) y esta incidencia puede ser mayor luego de un monitoreo intensivo o con el uso de dispositivos implantables. (4,5)

Los factores de riesgo para FA están bien definidos: edad avanzada, obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, consumo excesivo de alcohol. (6,7) Estos se superponen en gran medida con los factores de riesgo de infarto, lo que nos obliga a preguntarnos: ¿por qué algunos pacientes con IAM desarrollan FA durante el evento agudo? Esta pregunta remite, por un lado, al sustrato (edad, fibrosis auricular, enfermedad estructural), pero también revela que la FA puede ser un marcador de la gravedad del cuadro clínico, probablemente gatillada por la descarga adrenérgica y el estrés hemodinámico propio de una insuficiencia cardíaca aguda. (2)

Intentar predecir qué pacientes desarrollarán FA en el contexto de un IAM es un paso relevante hacia una estratificación de riesgo más precisa y una mejor orientación terapéutica. En la práctica, el paciente con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) y FA genera múltiples interrogantes: ¿la FA implica necesariamente insuficiencia cardíaca? ¿Debe priorizarse el control del ritmo o solo el de la frecuencia? ¿Corresponde iniciar anticoagulación de inmediato, incluso si la FA revierte espontáneamente? ¿Cómo manejar el equilibrio entre anticoagulación y antiagregación?

En esta edición de la Revista Argentina de Cardiología, Julia Janches Quiñones y colaboradores nos acercan al abordaje de estas cuestiones a través del análisis

retrospectivo del registro continuo ARGEN-IAM-ST, con el objetivo de estimar la incidencia, predictores y valor pronóstico de la FA *de novo* en el IAMCEST. (8) En una cohorte de más de 7200 pacientes, encuentran una incidencia del 4,3 % de FA *de novo* y, mediante el uso del algoritmo Boruta –una herramienta de selección de variables en entornos de *machine learning*– identifican como predictores clínicos a la edad ≥ 70 años, clase Killip y Kimball B-D, taquicardia al ingreso y fracción de eyección < 35 %.

En este análisis, la FA *de novo* se asoció con mayor incidencia de accidente cerebrovascular isquémico (2,5% vs. 0,8 %), mayor duración de internación y una tasa de mortalidad intrahospitalaria significativamente más alta (23,3 % vs. 8,2 %). Sin embargo, al ajustar por variables de confusión, la FA *de novo* no se comportó como predictor independiente de mortalidad, lo que sugiere que más que una causa directa, la FA es probablemente un marcador de mayor severidad clínica y disfunción ventricular, al menos durante la estadía hospitalaria.

Si bien la FA no se pudo mostrar como un predictor de muerte independiente en la internación en este estudio, aún queda por establecer cuál es su rol en el pronóstico a largo plazo de estos pacientes. Varios estudios similares sugieren que el pronóstico de la FA *de novo* luego de un IAM tiene un pronóstico similar a la FA diagnosticada antes de que ocurra el evento isquémico, con las implicancias de aumento del riesgo tromboembólico, toma de decisiones de anticoagulación y aumento del riesgo hemorrágico. (9-11)

A diferencia de otros modelos de predicción contruidos en cohortes seleccionadas o ensayos clínicos, este trabajo ofrece una mirada representativa del mundo real en la Argentina. El uso del algoritmo Boruta, una técnica que permite identificar, entre numerosas variables, aquellas con mayor poder predictivo, habitualmente reservado a contextos de ciencia

REV ARGENT CARDIOL 2025;93:97-98. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i2.20885>

VER ARTÍCULO RELACIONADO Rev Argent Cardiol 2025;93:99-107. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i2.20876>

Dirección para correspondencia: Mirza Rivero. Correo electrónico: mrivero@cemic.edu.ar



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Coordinadora de Unidad Coronaria. Centro de Educación Médica e Investigación Clínica, CEMIC. CABA, Argentina

de datos, muestra una evolución metodológica dentro de los registros clínicos nacionales. Sin embargo, es importante destacar que el modelo no incluyó variables relacionadas con el tamaño del infarto o su localización, ni parámetros ecocardiográficos auriculares, ni seguimiento luego de la internación, lo cual podría enriquecer futuros desarrollos.

Estos hallazgos complementan y amplían observaciones realizadas en otros contextos clínicos. En un análisis reciente del registro de SCACEST del estudio Buenos Aires I, se observó que la FA también se comporta como un marcador de mayor riesgo clínico en pacientes con infarto sin elevación del ST, asociado a mayor edad, disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca, aunque sin impacto independiente en la mortalidad. La comparación entre ambos registros –SCACEST e IAMCEST– refuerza la hipótesis de que la FA *de novo* en el contexto de un síndrome coronario agudo, más que una entidad aislada, debe entenderse como una expresión de la severidad hemodinámica y la fragilidad basal del paciente. (12)

Este trabajo representa una valiosa contribución local que describe con datos nacionales una complicación frecuente y desafiante, apoyado en un registro robusto y continuo como ARGEN-IAM. Aunque el modelo predictivo no modifica la conducta terapéutica por sí solo, sí permite reconocer con claridad un fenotipo clínico –añoso, con deterioro hemodinámico y disfunción ventricular– que justifica vigilancia intensiva, evaluación precoz de complicaciones, y un enfoque cuidadoso en el manejo antitrombótico.

A su vez, abre las puertas a continuar investigando en las consecuencias pronósticas y terapéuticas a largo plazo de la FA *de novo* post infarto de miocardio, un terreno poco explorado en la región.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

(Véase formularios de conflictos de interés de los autores en la Web).

Consideraciones éticas

No aplica

BIBLIOGRAFÍA

1. Chyou JY, Barkoudah E, Dukes JW, Goldstein LB, Joglar JA, Lee AM, et al. Atrial Fibrillation Occurring During Acute Hospitalization: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2023;147:e676-e698. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001133>
2. Frederiksen TC, Dahm CC, Preis SR, Lin H, Trinquart L, Benjamin EJ, et al. The bidirectional association between atrial fibrillation and myocardial infarction. *Nat Rev Cardiol* 2023;20:631-44. <https://doi.org/10.1038/s41569-023-00857-3>
3. Luo J, Xu S, Li H, Gong M, Li Z, Liu B, et al. Long-term impact of the burden of new-onset atrial fibrillation in patients with acute myocardial infarction: results from the NOAFCAMI-SH registry. *EP Europace* 2020;23:196-204. <https://doi.org/10.1093/europace/euaa234>
4. Romanov A, Martinek M, Pürerfellner H, Chen S, De Melis M, Grazhdankin I, et al. Incidence of atrial fibrillation detected by continuous rhythm monitoring after acute myocardial infarction in patients with preserved left ventricular ejection fraction: results of the ARREST study. *Europace* 2018;20:263-70. <https://doi.org/10.1093/europace/euw344>
5. Bloch Thomsen PE, Jons C, Raatikainen MJ, Moerch Joergensen R, Hartikainen J, et al. Long-term recording of cardiac arrhythmias with an implantable cardiac monitor in patients with reduced ejection fraction after acute myocardial infarction: the Cardiac Arrhythmias and Risk Stratification After Acute Myocardial Infarction (CARISMA) study. *Circulation* 2010;122:1258-64. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.902148>
6. Kirchhof P, Lip GY, Van Gelder IC, Bax J, Hylek E, Kaab S, et al. Comprehensive risk reduction in patients with atrial fibrillation: emerging diagnostic and therapeutic options--a report from the 3rd Atrial Fibrillation Competence NETwork/European Heart Rhythm Association consensus conference. *Europace* 2012;14:8-27. <https://doi.org/10.1093/europace/eur241>
7. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, y cols. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation* 2014;129:837-47. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005119>
8. Janches Quiñones J, Vargas Parraga E, Chueke B, Pacce O, Cardozo D, et al. Fibrilación auricular *de novo* en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. *Análisis del Registro ARGEN-IAM-ST*. *Rev Argent Cardiol* 2025;93:99-107. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i2.20876>
9. Obayashi Y, Shiomi H, Morimoto T, Tamaki Y, Inoko M, Yamamoto K, et al. Newly Diagnosed Atrial Fibrillation in Acute Myocardial Infarction. *J Am Heart Assoc* 2021;10:e021417. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.021417>
10. Lee JH, Kim SH, Lee W, Cho Y, Kang SH, Park JJ, et al. New-onset paroxysmal atrial fibrillation in acute myocardial infarction: increased risk of stroke. *BMJ Open* 2020;10:e039600. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039600>
11. Kinjo K, Sato H, Sato H, Ohnishi Y, Hishida E, Nakatani D, et al. Prognostic significance of atrial fibrillation/atrial flutter in patients with acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol* 2003;92:1150-4. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2003.07.021>
12. Garmendia CM, Rivero M, Parrilla I, Mascarello M, Bonorino J, Torres V, y cols. Fibrilación auricular *de novo* en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Datos del Registro Buenos Aires I*. *Rev Argent Cardiol* 2021;89:293-300.