



12. TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR *DE NOVO* DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UNA COHORTE NO SELECCIONADA DE PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Pilar Agudo Quílez¹, Anabelle China Rodríguez², Jesús Álvarez García¹, Valentín García Gutiérrez², Covadonga Fernández Golfín¹, Alejandro Luna de Abia², Antonio Piris Sánchez¹, Pilar Herrera Puente², Irene Gámez Guijarro¹, Ana Vallés Carboneras², Paloma Remior Pérez¹, María Luisa Palacios Berraquero², Susana del Prado Díaz¹, Francisco Javier López Jiménez² y José Luis Zamorano Gómez¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España y ²Hematología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) está descrita como un potencial evento cardiovascular (ECV) en pacientes receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). Su manejo es desafiante debido al inherente riesgo trombótico y hemorrágico, especialmente en el contexto del TPH. Nuestro objetivo es describir la incidencia y manejo de la FA *de novo* en una cohorte no seleccionada de pacientes receptores de TPH.

Métodos: Registro unicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos, receptores de TPH desde junio de 2021 hasta enero de 2022. Revisamos ECVs durante la hospitalización y al año. Recogimos variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedades previas, tratamiento quimioterápico y tipo de TPH. Se recogió la FA *de novo* durante la hospitalización, estrategia de tratamiento antiarrítmica/antitrombótica y recurrencia de FA/eventos tromboembólicos al año.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, 68% varones y 44% TPH fue alogénico. Los pacientes eran jóvenes (edad media 53,96 ± 11,55 años) con una baja carga de FRCV (24% hipertensos, 8% diabéticos y 14% dislipémicos) o historia de enfermedad CV (6% cardiopatía isquémica, 2% FA, 2% insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada). La FEVI media fue 62,3% ± 6. La mediana de tiempo de hospitalización fue 26,5 (± 15,25) días. 10% de los pacientes presentaron FA *de novo* durante la hospitalización. El tipo de TPH no se asoció de forma significativa con la FA (p = 0,64). La estrategia de tratamiento preferida fue el control de frecuencia con bloqueadores beta (2 pacientes recibieron digoxina puntualmente y uno amiodarona) y ningún paciente se anticoaguló en el momento agudo por pancitopenia. Solo un paciente se anticoaguló al alta (heparina de bajo peso molecular) por antecedente de trombosis venosa profunda previo. Todos los pacientes presentaban ritmo sinusal al alta y ninguno de ellos ha registrado recurrencia de FA o eventos tromboembólicos después de un año del TPH.

Conclusiones: La prevalencia de la FA *de novo* durante la hospitalización por TPH es alta a pesar de ser una población joven, con una baja carga de FRCV. El manejo es desafiante. La estrategia preferida fue el control de frecuencia con bloqueadores beta. Todos los pacientes fueron dados de alta en ritmo sinusal y no se han registrado recurrencias arrítmicas o eventos tromboembólicos un año después del TPH.