



6011-24. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. ¿PAROXÍSTICA O PERSISTENTE?

Jorge González-Panizo Tamargo, Lorena Galán Granero, Silvia Jiménez Loeches, Jesús Ángel Perea Egido, Ariana González Gómez, Blanca Zorita Gil, Alejandro Villanueva Afán de Ribera y Francisco García-Cosío Mir del Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Resumen

Antecedentes: La clasificación de la fibrilación auricular (FA) en paroxística y persistente ha permitido avanzar en la comprensión de sus distintos cursos clínicos y en el diseño del tratamiento. Sin embargo, esta clasificación no es aplicable en el momento del primer episodio de FA, cuando parece más posible evitar un remodelado auricular irreversible.

Objetivos: Estudiar la forma de presentación clínica de la FA en un Hospital público que atiende a una población industrial española, de 250.000 personas.

Métodos: De enero 2008 a diciembre de 2010 se realizó un registro de los pacientes atendidos y dados de alta en el Servicio de Urgencias por un primer episodio de FA. Se excluyeron pacientes que necesitaron ingreso por mala tolerancia clínica o cardiopatía acompañante. Los pacientes fueron revisados en consulta específica para seguimiento 15 ± 4 días después del alta, para estudios diagnósticos y enfoque del tratamiento definitivo.

Resultados: Se diagnosticaron y dieron de alta 170 pacientes (50,6% hombres, 49,4% mujeres) de edad $63,9 \pm 13,9$ años. Los síntomas eran palpitaciones (35,5%), disnea (13%), mareo (10,7%), dolor precordial (7,1%), síncope/presíncope (3,6%), otros (5,3%) y asintomático (23%). Con un tiempo de observación de $= 48h$ se dieron de alta 83 pacientes en ritmo sinusal (RS) y 85 pacientes en FA. Recibieron fármacos antiarrítmicos (flecainida, propafenona o amiodarona) (FAA) 26 pacientes (25 con RS al alta frente a 1 con FA) y control de frecuencia (digoxina, ? bloqueantes o calcioantagonistas) 70 pacientes (24 con RS al alta frente a 46 con FA). En 18 casos se utilizaron ambos tratamientos (16 con RS al alta frente a 2 con FA). En 1 paciente se hizo cardioversión eléctrica y en 55 ningún tratamiento. Al alta recibieron FAA un 3,3% de pacientes con RS y un 2,3% con FA. En la revisión a 15 ± 4 días del alta tenían RS el 100% de los que al alta tenían RS y el 17,6% de los dados de alta en FA.

Conclusiones: En pacientes sin cardiopatía estructural grave dados de alta tras un primer episodio de FA, la arritmia persistió en un 9% a las 48h de su inicio y en 40,6% a los 15 días. El seguimiento a corto plazo de estos casos es importante para evitar el remodelado auricular causado por la persistencia de la FA, que la podría hacer irreversible a largo plazo. Solo un seguimiento a más largo plazo podría permitir una clasificación en paroxística.