



## 6003-78. PATRONES DE EVOLUCIÓN CLÍNICA EN EL PRIMER EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Alfonso Fraile Sanz<sup>1</sup>, Blanca Alcón Durán<sup>1</sup>, Raquel Casado Álvarez<sup>2</sup>, Jesús Ángel Perea Egado<sup>1</sup>, Francisco Javier García Ruiz<sup>1</sup>, María Jesús Espinosa Pascual<sup>1</sup>, David Galán Gil<sup>1</sup>, José Luis Santiago Ruiz<sup>1</sup> y Joaquín Jesús Alonso Martín<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) y <sup>2</sup>Hospital Universitario Quirón Salud Madrid, Pozuelo de Alarcón (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es una arritmia de incidencia y prevalencia crecientes que continúa siendo un reto para el sistema sanitario. Pese a ello desconocemos en gran parte la historia natural de la enfermedad.

**Métodos:** Del año 2008 hasta el 2017 se analizaron los pacientes que acudieron a Urgencias con primer episodio de fibrilación auricular (FA) o *flutter* auricular (FLA), excluyéndose aquellos con una situación crítica o que requirieran ingreso. Tras el alta de urgencias se revisaron en una consulta monográfica a los 15 días. Se recogieron variables demográficas y clínicas, realizando un análisis estadístico.

**Resultados:** Se registraron un total de 650 pacientes, con una mediana de edad de  $72 \pm 15$  años. Un 41% de ellos fueron dados de alta de Urgencias en ritmo sinusal (RS) y un 59% en FA o FLA (FA/FLA). En la valoración posterior en consulta persistían en RS un 59% y un 41% en FA/FLA. Si comparamos los distintos subgrupos podemos observar que los sujetos que mantienen FA tienen una mayor proporción de arritmia de duración desconocida (88 frente a 34%;  $p < 0,001$ ), una mayor proporción de clínica asintomática (54 frente a 14%;  $p < 0,001$ ), una menor clínica de palpitaciones (13 frente a 55%;  $p < 0,001$ ), una mayor clínica de disnea (13 frente a 2%;  $p < 0,001$ ), una mayor estrategia de control de FC (73 frente a 43%;  $p < 0,001$ ) y un mayor tamaño de AI (diámetro PEL:  $46 \pm 8$  mm frente a  $39 \pm 9$  mm y área 4C:  $21 \pm 13$  mm frente a  $16 \pm 9$  mm;  $p < 0,001$ ) frente a los que mantienen el ritmo sinusal en la consulta. No se encontraron diferencias respecto a la edad, sexo, FRCV ni la presencia de cardiopatía estructural. No obstante, encontramos un subgrupo de pacientes con paso a ritmo sinusal posterior al alta de urgencias que comparten unas características similares a los que persisten en FA (duración desconocida 83%, Control de FC 82%, diámetro de AI  $43 \pm 9$  mm) aunque presentan una mayor proporción de clínica de palpitaciones al diagnóstico (24 frente a 13%;  $p < 0,001$ ) y previamente (87 frente a 6%;  $p < 0,001$ ). Sin que existiera un uso de fármacos antiarrítmicos que pudiera justificar estos hallazgos.

Comparativa por subgrupos

FAu-FAc (n = 222) FAu-RSc (n = 112) RSu-FAc (n = 9) RSu-RSc (n = 210)

|                               |           |          |         |           |
|-------------------------------|-----------|----------|---------|-----------|
| Cronología desconocida        | 194 (88%) | 94 (83%) | 8 (11%) | 72 (34%)  |
| Cronología > 48 h             | 21 (9%)   | 6 (5%)   | 0       | 6 (3%)    |
| Cronología 48h                | 5 (2%)    | 12 (10%) | 0       | 134 (64%) |
| Palpitaciones previas         | 14 (6%)   | 96 (87%) | 0       | 45 (21%)  |
| Asintomático                  | 119 (54%) | 33 (30%) | 4 (50%) | 30 (14)   |
| Palpitaciones                 | 27 (13%)  | 27 (24%) | 0       | 116 (55%) |
| Disnea                        | 27 (13%)  | 11 (10%) | 1 (12%) | 22 (11%)  |
| Dolor torácico                | 8 (3%)    | 7 (6%)   | 1 (12%) | 22 (11%)  |
| Control FC                    | 160 (73%) | 90 (82%) | 2 (25%) | 92 (43%)  |
| Diámetro AI PEL (mm)          | 46 ± 8    | 43 ± 9   | 44 ± 6  | 39 ± 9    |
| Área AI 4C (cm <sup>2</sup> ) | 21 ± 13   | 18 ± 22  | 17 ± 8  | 16 ± 9    |

FAu: FA en urgencias; FAc: FA en consulta; RSu: RS en urgencias; RSc: RS en consulta.

**Conclusiones:** Lo sujetos que persisten en FA/FLA presentan una arritmia de cronología más larga, más asintomática y con mayor tamaño de aurícula izquierda frente a los que persisten en RS. No obstante, podemos observar una proporción nada despreciable de sujetos que pasan espontáneamente a ritmo sinusal tras el alta de urgencias.