



6001-469. CONTROL AGUDO DEL RITMO Y DE FRECUENCIA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR: LA CONTRIBUCIÓN NECESARIA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. ESTUDIO HERMES-AF

Alfonso Martín Martínez, Francisco Malagón Caussade, Blanca Coll-Vinent i Puig, Coral Suero Méndez, Carmen del Arco Galán, Juan Sánchez López, Mercedes Varona Peinador y Eugeni Montull del Sección de Arritmias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Madrid y Sanofi España, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Es fundamental conocer los patrones de tratamiento en la práctica diaria para identificar áreas de mejora de la calidad asistencial, y diseñar acciones para aplicar en ellas las recomendaciones de las guías y la evidencia científica. Este estudio analiza las estrategias de restauración del ritmo sinusal (RRS) y control de frecuencia (CFC) de la fibrilación auricular (FA) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), para identificar áreas concretas de mejora en el manejo.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y observacional realizado en 123 SUH del 23 mayo al 5 junio 2011. Se incluyeron todos los pacientes > 18 años con FA documentada con ECG realizado en el SUH que dieron su consentimiento informado. Se consideraron elegibles para control de frecuencia (CFC) los episodios con FC > 100 lpm y para restauración del ritmo sinusal (RRS) los de < 48 horas (cardioversión eléctrica (CVE) o fármacos antiarrítmicos (FAA)).

Resultados: Se incluyeron 3.276 pacientes, 1.152 (46%) con FC > 100 lpm; se realizó CFC a 1.018 (68%), efectiva en 805 casos (80%). En 901 pacientes (27%) la duración de la FA era < 48h, y se realizó intento de RRS a 667 (74%), el 18% mediante cardioversión eléctrica (efectividad 93%) y en 80% con FAA (efectividad global 74,5%). Las razones para no intentar fueron conversión espontánea (28%), alta probabilidad de recurrencia (18%) y remitido a otro nivel asistencial (7%). Los FAA más empleados fueron amiodarona (60%), flecainida (32%) y propafenona (4%), con diferencias significativas en su efectividad (70%, 84% y 72% respectivamente, $p < 0,05$). El único factor relacionado (regresión logística) con la realización de RRS en el SUH fue la existencia de cardiopatía estructural ($p = 0,02$, OR = 0,51).



Conclusiones: No se realiza CFC en los SUH a un tercio de los pacientes susceptibles, a pesar de su elevada efectividad y de adoptar un límite de FC adecuado a las recomendaciones de las Guías. La RRS no se intenta al 25% de los pacientes elegibles, el uso de la cardioversión eléctrica es casi anecdótico y amiodarona es el agente más utilizado pese a su menor efectividad. Es necesario generalizar la implementación de CFC y RRS a todos los pacientes susceptibles, y primar el uso de CVE y otros agentes más efectivos que amiodarona para incrementar la efectividad del control del ritmo en la práctica diaria de la fase aguda.