



6006-102. MANEJO DEL *FLUTTER* AURICULAR EN URGENCIAS. ¿TENEMOS MARGEN DE MEJORA?

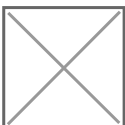
Jesús Manuel Hernández Hernández¹, David González Calle², Lourdes García Bueno³, Javier Jiménez Candil², José Luis Muñoz Moriñigo², Loreto Bravo Calero² y Pedro Luis Sánchez-Fernández² del ¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca y ³Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Introducción y objetivos: El *flutter* auricular (FLA) es motivo de consulta frecuente en las urgencias hospitalarias. En estos pacientes es importante decidir sobre la indicación de anticoagulación y sobre la estrategia de control de ritmo o frecuencia. Nuestro objetivo es determinar si el tratamiento de los pacientes con FLA que acuden a urgencias se ajusta a las recomendaciones actuales.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 163 pacientes consecutivos que acudieron a urgencias con síntomas relacionados con un FLA en el periodo comprendido entre junio de 2014 y diciembre del 2015.

Resultados: La edad media fue 74 ± 13 años y el 54% eran varones. La puntuación CHA₂DS₂-VASc media fue $3,4 \pm 1,6$ puntos. Se solicitó interconsulta a cardiología en el 43%. Precisaron ingreso 25 pacientes (15%). Se decidió realizar control del ritmo en el 27% (11P cardioversión eléctrica y 33 farmacológica). Solamente el 36% de los enfermos fueron dados de alta en ritmo sinusal. La elección de la estrategia de control del ritmo fue más frecuente en los pacientes valorados por cardiología, en los menores de 75 años, y en los que al ingreso estaban tratados con fármacos antiarrítmicos (FAA). Un 13,5% de los pacientes (22 pacientes) con un CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 fueron dados de alta sin anticoagulación. Dentro de los pacientes anticoagulados con filtrado glomerular > 30 ml/min, el 80,2% (85 pacientes) fue dado de alta con acenocumarol (A), y el 19,7% con un anticoagulante directo (NACO). Esta tendencia se mantiene en los pacientes no anticoagulados previamente, en los que se pautó acenocumarol al 75% y un NACO al 25%. No existieron diferencias significativas en la elección del anticoagulante en los pacientes valorados por cardiología. De los pacientes en los que se inició tratamiento con acenocumarol el 15% tenía un riesgo alto de sangrado (HAS-BLED ≥ 3) y un 23% predictores de riesgo de mal control con antagonistas de la vitamina K (SAMeTT2R2 > 2).



Tratamiento anticoagulante al alta en pacientes con FG > 30 ml/min.

Características de la población al ingreso según la estrategia elegida

	Total	Control ritmo	Control frecuencia	p
> 75 años (%)	55	37,8	61,9	0,006
FAA clase I y III (%)	9,2	20	5,1	0,003
Anticoagulados (%)	39	40	39	0,9
Frecuencia cardiaca (lpm)	121 ± 34	133 ± 25	117 ± 37	0,007
IC a cardiología (%)	42,9	55,8	38,1	0,045
FAA: fármacos antiarrítmicos; IC: interconsulta.				

Conclusiones: La estrategia de control del ritmo es escogida en una baja proporción, siendo más frecuente en los pacientes valorados por cardiología. La anticoagulación no se pauta de una forma óptima en un alto porcentaje de los pacientes con *flutter* auricular atendidos en urgencias. Los anticoagulantes directos fueron infrutilizados en nuestra serie.