



6003-66. ESTRATEGIA DE CONTROL AGUDO DE FRECUENCIA FRENTE A CONTROL DE RITMO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS

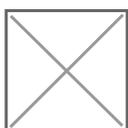
Ricardo Rubini Costa¹, Aurelio Quesada Dorador², Bruno Bochar-Villanueva², Ricardo Rubini Puig³, Javier Jiménez Bello², Lucas López Valero¹, Carmen Fernández Díaz², Carlos Ruiz Moliner¹, Víctor Palanca Gil² y Luis Díez Albero¹, de la ¹Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, ²Servicio de Cardiología y ³Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre qué estrategia de tratamiento de la fibrilación auricular (FA) ofrece mejor pronóstico. Nuestro objetivo fue comparar la estrategia control de ritmo (ECR) y de frecuencia (ECF), en términos de mortalidad total y eventos cardiovasculares significativos.

Métodos: Se seleccionaron retrospectivamente los pacientes con FA atendidos en urgencias entre 2010 y 2015 en un hospital terciario y adscritos a una u otra estrategia (n = 1.166). Se excluyeron 120 pacientes. El tratamiento que fue a criterio del médico de urgencias se consideró grupo de ECF (n = 724) a los tratados con bloqueadores beta, antagonistas del calcio o digoxina y grupo control de ECR (n = 322) los que recibieron un intento de cardioversión eléctrica o farmacológica. Se incluyeron en el estudio únicamente los pacientes que recibieron una de las 2 estrategias. Se analizó la diferencia de mortalidad y la incidencia de eventos cardiovasculares. El seguimiento finalizó en enero de 2017, asegurando un mínimo de 12 meses.

Resultados: Basalmente, el grupo ECF presentaba una edad media significativamente mayor respecto al grupo ECR (75,8 ± 11,5 frente a 66,2 ± 14,6 años, p 0,001), mayor proporción de HTA (78,6 frente a 71,1%, p = 0,009) y de pacientes correctamente anticoagulados (24,0 frente a 17,4%, p = 0,017). La presentación clínica más frecuente en el grupo ECF fue como insuficiencia cardíaca (36,5 frente a 18,6%) y asintomático (8,4 frente a 1,9%) y en el grupo ECR fue como palpitaciones (29,3 frente a 60,2%) y dolor torácico (21,5 frente a 31,4%) (todos p 0,001). Durante un seguimiento medio de 36,1 ± 22,2 meses, los pacientes del grupo ECF presentaron mayor mortalidad tanto en el análisis bivariado (41,6 frente a 23,3%, p 0,001) como en las curvas de Kaplan Meier (figura). También se registraron mayores tasas de eventos tromboembólicos, hospitalización y asistencia en Urgencias (tabla). El análisis multivariado demostró que la ECR se asoció de manera independiente, a una menor mortalidad (HR: 0,692; IC95% 0,532-0,9; p = 0,006), mientras que fueron factores desfavorables: la edad, broncopatía obstructiva, enfermedad renal crónica, y los antecedentes de infarto de miocardio, miocardiopatía dilatada o isquémica.



Seguimiento de pacientes adscritos a una estrategia de control agudo de frecuencia y control de ritmo en urgencias

| | Control frecuencia (n = 724) | Control ritmo (n = 322) | p |
|--|------------------------------|-------------------------|-------|
| | N (%) | N (%) | |
| Muerte | 301 (41,6) | 75 (23,3) | 0,001 |
| Evento tromboembólico | 53 (7,3) | 13 (4,0) | 0,043 |
| Episodio de urgencias de causa cardiovascular | 457 (63,1) | 190 (59,0) | 0,206 |
| Nueva asistencia en urgencias por insuficiencia cardíaca | 194 (26,8) | 41 (12,7) | 0,001 |
| Hospitalización de causa cardiovascular | 251 (34,7) | 72 (22,4) | 0,001 |
| Cardioversión eléctrica programada | 122 (16,8) | 52 (16,1) | 0,778 |

Las variables cuantitativas se expresan como valor (porcentaje) y las cualitativas como media \pm desviación estándar. La técnica χ^2 fue empleada para su comparación. Se consideró como significación estadística p 0,05.

Conclusiones: Los pacientes con FA tratados mediante ECR en urgencias presentan a largo plazo menor mortalidad y menor incidencia de eventos cardiovasculares que los tratados mediante ECF. Parece recomendable potenciar la ECR en los servicios de urgencias.