Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 719

Revista Española de Cardiología

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

Ricardo Rubini Costa[1], Aurelio Quesada Dorador[2], Bruno Bochard-Villanueva[2], Ricardo Rubini Puig[3], Javier Jiménez Bello[2], Lucas López Valero[1], Carmen Fernández Díaz[2], Carlos Ruiz Moliner[1], Víctor Palanca Gil[2] y Luis Díez Albero[1], de la [1]Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, [2]Servicio de Cardiología y [3]Servicio 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 cardiaca (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 cardiaca	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 ± desviación estándar. La técnica $?^2$ 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.