



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

Alfonso Fraile Sanz¹, Blanca Alcón Durán¹, Raquel Casado Álvarez², Jesús Ángel Perea Egado¹, Francisco Javier García Ruiz¹, María Jesús Espinosa Pascual¹, David Galán Gil¹, José Luis Santiago Ruiz¹ y Joaquín Jesús Alonso Martín¹, del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) y ²Hospital 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 ± 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 ± 8 mm frente a 39 ± 9 mm y área 4C: 21 ± 13 mm frente a 16 ± 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 ± 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 ²)	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.