



1654 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA EN DIFERENTES ESCENARIOS CLÍNICOS

M. Álvarez Pérez¹, J.M. Fernández Carreira¹, A. García Pérez², E. Prieto García¹, A. Arenas Iglesias² y T. López Martínez¹

¹Hospital de Jarrow. Coaña. ²Hospital Universitario San Agustín. Avilés.

Resumen

Objetivos: Existen diferencias en el manejo de la FA paroxística (FAP) según el escenario clínico en el que se detecta. El objetivo es describir y comparar las características epidemiológicas, clínicas, manejo terapéutico de los pacientes con FAP atendidos en tres escenarios clínicos (urgencias, planta médica y quirúrgica) y analizar sus diferencias.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional, descriptivo y analítico, de pacientes con FAP, atendidos durante 2018 y 2019 en un hospital de primer nivel mediante revisión de historias clínicas e informes de alta de los años 2018 y 2019.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes con FAP; La distribución según escenario clínico fue: urgencias 29 pacientes (19,3%), planta de medicina interna 106 pacientes (70,7%), y 15 pacientes en el posoperatorio (10%). La edad media fue de $78,39 \pm 10,65$ años, 54,7% mujeres. Factores de riesgo más prevalentes: HTA (86,7%) y dislipemia (76,7%). La media de la escala CHA2DS2-VASc fue de $4,15 \pm 1,59$ puntos y la de la escala HAS-BLED es de $1,85 \pm 0,91$. El 83,3% de pacientes recibió anticoagulación; 38,7% con antivitamina K, 30% con anticoagulantes de acción directa (ACOD) y 14,7% con heparina de bajo peso molecular. No hay diferencias entre los 3 grupos en CHA2DS2-VASc, pero sí en HAS-BLED, ($1,55 \pm 0,82$ urgencias vs. $1,87 \pm 0,89$ médicos vs. $2,33 \pm 1,04$ quirúrgicos; $p = 0,037$), en HATCH ($1,93 \pm 1,28$ urgencias vs. $2,74 \pm 1,46$ médicos vs. $2,67 \pm 1,29$ quirúrgicos; $p = 0,035$) y en Charlson ($4,41 \pm 1,72$ urgencias vs. $5,59 \pm 2,10$ médicos vs. $6,67 \pm 2,76$ quirúrgicos; $p = 0,005$). Con respecto a las comorbilidades en urgencias, médicos y quirúrgicos, son más frecuentes y estadísticamente significativas en el grupo quirúrgico: la anemia (6,89% vs. 30,18% vs. 60%; $p = 0,001$) y menores filtrados glomerulares ($68,98 \pm 19,33$ vs. $62,45 \pm 22,03$ vs. $47,83 \pm 24,54$), y niveles más bajos de HDL ($51,41 \pm 12,42$ vs. $47,25 \pm 16,91$ vs. $39,80 \pm 14,01$; $p = 0,04$), mientras que la EPOC era más frecuente en los médicos (3,44% vs. 23,58 vs. 6%; respectivamente ($p = 0,021$)). No se detectan diferencias en el cese espontáneo o tras intervención de la FAP entre los 3 grupos: urgencias, médicos y quirúrgicos (34,48% vs. 53,77% vs. 33,3%; $p = 0,089$), en respuesta la cardioversión farmacológica (55,17% vs. 39,6% vs. 66,66%; $p = 0,071$) o a la cardioversión eléctrica (10,34% vs. 6,60% vs. 0%; $p = 0,427$). Referente a la anticoagulación hay un uso superior de ACODs en el grupo médico (urgencias: 20,6% vs. médicos: 35,86% vs. quirúrgicos 6,66%; $p = 0,03$) y uso superior de HBPM en los quirúrgicos (6,89% vs. 12,26% vs. 46,6%, $p = 001$).

Variables	Urgencias (N = 29)	Médico (N = 106)	Quirúrgico (N = 15)	p
Edad	76,86 ± 9,58	78,47 ± 11,47	80,80 ± 5,24	0,436
Sexo				
Varones	11 (37,93)	50 (47,17)	7 (46,67)	0,672
Mujeres	18 (62,07)	56 (52,83)	8 (53,33)	0,672

Edad	Frecuencia	Porcentaje	
40-49 años	2	1,3%	
50-59 años	5	3,3%	
60-69 años	22	14,7%	
70-80 años	51	34%	
> 80 años	70	46,7%	
Artroplastia de cadera			4
Artroplastia de rodilla			1
Fractura tibial. Politraumatismo por accidente tráfico			1
Resección hematoma muslo derecho traumático			1
Obstrucción intestinal			2
Biliar			2
Hernioplastia abdominal			1
Biopsia bloque adenopático inguinal			1
RTU neo vesical			1
Mastectomía izquierda			1

Score CHA2 DS2 VASc	4,15 ± 1,59
Score HAS-BLED	1,85 ± 0,915
Score HAS-BLED ≥ 3 (%)	26%
Score HATCH	2,57 ± 1,439
Score Charlson	5,47 ± 2,182

Variables	Urgencias (N = 29)	Médico (N = 106)	Quirúrgico (N = 15)	p
Score CHA2DS2VASC, media	3,66 ± 1,39	4,22 ± 2,68	4,60 ± 1,45	0,102
Score HAS-BLED, media	1,55 ± 0,82	1,87 ± 0,89	2,33 ± 1,04	0,037
Score HATCH, media	1,93 ± 1,28	2,74 ± 1,46	2,67 ± 1,29	0,035
Score Charlson, media	4,41 ± 1,72	5,59 ± 2,10	6,67 ± 2,76	0,005

Variables	Urgencias (N = 29)	Médico (N = 106)	Quirúrgico (N = 15)	p
Tabaco	0 (0%)	11 (10,37%)	0 (0%)	0,85
Alcohol	2 (6,89%)	11 (10,37%)	1 (6,66%)	0,792
HTA	23 (79,31%)	94 (88,67%)	13 (86,67%)	0,421
DM	8 (27,58%)	33 (31,13%)	4 (26,66%)	0,894
Pre-DM	7 (24,13%)	29 (27,35%)	3 (20%)	0,805
HbA1c	6,06 ± 0,54	6,198 ± 0,93	6,056 ± 1,09	0,738
DL	22 (75,86%)	85 (80,18%)	8 (53%)	0,07
Colesterol total	175,17 ± 40,92	169,01 ± 42,68	149,73 ± 34,915	0,164
Colesterol LDL	103,59 ± 37,01	98,92 ± 35,41	95 ± 32,61	0,769
Colesterol HDL	51,41 ± 12,42	47,26 ± 16,91	39,80 ± 14,01	0,040
Triglicéridos	105,48 ± 30,97	115,07 ± 52,55	133 ± 113,56	0,914

Obesidad	8 (27,58%)	26 (24,52%)	2 (13,3%)	0,561
IC	6 (20,68%)	29 (27,10%)	4 (26,66%)	0,767
Cardiopatía isquémica	6,89% (2/29)	22,64% (24/106)	20% (3/15)	0,163
Enfermedad valvular	1 (3,44%)	8 (7,54%)	3 (20%)	0,151
EPOC	1 (3,44%)	25 (23,58%)	1 (6,6%)	0,021
SAHOS	0 (0%)	9 (8,49%)	1(6,6%)	0,267
TEP	0 (0%)	2 (1,88%)	0 (0%)	0,657
Enfermedad pericárdica	1 (3,44%)	3 (2,83%)	0 (0%)	0,783
QT ACTIVA	0 (0%)	1 (0,94%)	0 (0%)	0,811
Hipertiroidismo	0 (0%)	8 (7,54%)	1 (6,66%)	0,315
Hipotiroidismo	5 (17,24)	15 (14,15)	1 (6,66)	0,630
TSH	2,58 ± 2,07	2,85 ± 2,29	4,18 ± 7,83	0,681
ERC	9 (31,03%)	47 (44,33%)	10 (66,66%)	0,078

Variables	Urgencias (N = 29)	Médico (N = 106)	Quirúrgico (N = 15)	p
Anemia	2 (6,89)	32 (30,18)	9 (60%)	0,001
Hemoglobina (mg/dL)	14,13 ± 1,58	12,95 ± 2,10	10,94 ± 3,58	0,002
Enfermedad cerebrovascular	3 (10,34)	24 (22,64)	2 (13,33)	0,274
AIT	2 (6,89)	5 (4,71)	1 (6,66)	0,872
Ictus	1 (3,44)	19 (17,92)	1 (6,66)	0,095
Enfermedad arterial periférica	1 (3,44)	9 (8,49)	2 (13,33)	0,489
Neoplasia	1 (3,44)	5 (4,71)	3 (20)	0,053
ERC	9 (31,03)	47 (44,33)	10 (66,66)	0,078
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m ²)	68,98 ± 19,33	62,45 ± 22,03	47,83 ± 24,54	0,025
Creatinina (mg/dL)	0,97 ± 0,40	1,13 ± 0,58	1,55 ± 0,86	0,031
Manejo farmacológico de la FAP			N (%)	
Sin anticoagulante			25 (16,7)	
Con anticoagulación			125 (83,3)	
Anticoagulantes (n = 125)				
AVK			58 (46,4)	
HBPM			22 (17,6)	
NACO			45 (36)	
Dabigatrán			5 (4)	
Rivaroxabán			10 (8)	
Apixabán			18 (14,4)	
Edoxabán			12 (9,6)	
Antiagregantes (n = 39)				
AAS			33 (84,6)	
Clopidogrel			3 (7,7)	
AAS + clopidogrel			1 (2,6)	
Trifusal			2 (5,3)	
Betabloqueantes (n = 71)			71 (47,3)	

Otros antiarrítmicos (n = 82)				82 (54,7)
Amiodarona				37 (45,1)
Digoxina				24 (29,2)
Antagonistas del calcio				5 (6)
Dronedarona				7 (8,5)
Antiarrítmicos Clase Ic				9 (10,9)
IECAS+ARA II (n = 76)				77 (51,3)
IECAS				43 (55,8)
ARA-II				34 (44,2)
Diuréticos (n = 90)				90(60)
Estatinas (n = 83)				83 (55,6)
Manejo farmacológico	Urgencias (N = 29)	Médico (N = 106)	Quirúrgico (N = 15)	p
Anticoagulados	24 (82,75)	89 (83,96)	12 (80)	0,924
AVK	16 (55,17)	38 (35,84)	4 (26,66)	0,10
HBPM	2 (6,89)	13 (12,26)	7 (46,6)	0,001
NACO	6 (20,6)	38 (35,84)	1 (6,66)	0,03
Antiagregados	6 (29,68)	30 (28,30)	3 (20)	0,607
Betabloqueantes	12 (41,37)	56 (52,83)	3 (20)	0,045
Otros antiarrítmicos				
Amiodarona	8 (38,09)	23 (21,69)	6 (40)	0,282
Digoxina	3 (10,34)	20 (18,86)	1 (6,66)	0,315
Antagonistas del calcio	0 (0)	3 (2,83)	2 (13,3)	0,057
Dronedarona	2 (6,89)	5 (4,71)	0 (0)	0,589
Antiarrítmicos Clase Ic	3 (10,34)	4 (3,92)	2 (13,3)	0,189
IECAS+ARA II	13 (44,82)	57 (53,77)	7 (46,6)	0,646
IECAS	5 (17,42)	33 (31,11)	5 (33,3)	0,313
ARA-II	8 (27,58)	24 (22,64)	2 (13,3)	0,654
Diuréticos	15 (51,17)	64 (60,37)	11 (73,33)	0,378
Estatinas	19 (65,51%)	60 (56,60)	4 (36,36)	0,043
Variables	Urgencias (N = 29)	Médico (N = 106)	Quirúrgico (N = 15)	p
Cardioversión farmacológica	16 (55,17)	42 (39,6)	10 (66,66)	0,071
Cardioversión eléctrica	3 (10,34)	7 (6,60)	0 (0)	0,427
Reversión espontánea	10 (34,48)	57 (53,77)	5 (33,3)	0,089

Conclusiones: Los pacientes con FAP son pacientes de edad avanzada; la HTA es el principal factor de riesgo. Más de la mitad han tenido episodios previos de FAP. La proporción de enfermos anticoagulados en este estudio es alta (83,3%), utilizándose ACODs en un tercio de los pacientes, mayor en el paciente médico que en el quirúrgicos. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que revirtieron espontáneamente o tras cardioversión. Los pacientes quirúrgicos son más complejos (más anemia, más insuficiencia renal) y tienen un mayor grado de comorbilidad.