



<https://www.revclinesp.es>

## V-006 - PERFIL CLÍNICO Y MANEJO AMBULATORIO INICIAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO

I. Domínguez Quesada<sup>1</sup>, J. Rivas<sup>1</sup>, V. Martínez Mateo<sup>2</sup>, L. Cejudo Díaz del Campo<sup>2</sup>, A. Paule Sánchez<sup>2</sup>, P. Hernández Zegarra<sup>1</sup>, M. Méndez Molina<sup>3</sup>, M. Fernández Anguita<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Nefrología. Hospital General la Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

### Resumen

**Objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los países occidentales. Su prevalencia, estimada en un 1,5-2% de la población, aumenta con la edad, y llega al 12% de la población mayor de 75 años. La FA se asocia frecuentemente a cardiopatía estructural y otras patologías crónicas, así como a una importante morbilidad (insuficiencia cardíaca, demencia, etc.), siendo su consecuencia clínica más temida el ICTUS, y a un aumento de la mortalidad. Se estima que un 5% de los casos de FA son de novo.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo de 74 pacientes (p) consecutivos derivados desde Atención Primaria a la consulta Cardiología/Medicina Interna con el diagnóstico de FA de novo reclutados entre enero y marzo de 2016. Se analizan sus características basales, su perfil clínico y el manejo ambulatorio inicial.

**Resultados:** La edad media era  $71,6 \pm 12$  años; eran mujeres el 44,6%. El 76,5% tenían sobrepeso u obesidad (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>), el 10,8% eran fumadores y el 12,2% tenían un hábito enólico al menos moderado. Un 24,3% eran diabéticos, un 73% hipertensos y un 31,1% dislipémicos. Presentaban deterioro de la función renal (FGe CKDEPI 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) un 20,3% de los pacientes. Un 17,6% tenían síndrome de apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con CPAP y el 6,8% alteraciones tiroideos (5,4% hipotiroidismo bajo tratamiento sustitutivo). Un 17,6% presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica, un 6,8% de insuficiencia cardíaca y un 6,8% de enfermedad cerebrovascular (ictus hemorrágico/AIT). 1 paciente tenía antecedentes de cirugía valvular mitral. El síntoma más frecuente fue las palpitaciones (28,4%), seguido de la disnea y el mareo (21,6% y 10,8%, respectivamente). En un 6,8% de los pacientes el ictus isquémico/AIT fueron la forma de presentación. Un 16,2% estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico. El CHA2DS2-VASc medio era  $3,1 \pm 1,5$  (un 86% con un CHA2DS2-VASc  $\geq 2$ ) y el HAS-BLED medio  $1,7 \pm 1$ . Respecto al manejo ambulatorio inicial se optó por la estrategia de control de ritmo en el 39,2% de los pacientes (un 25,6% en ritmo sinusal en el momento de la consulta) y control de frecuencia ventricular en el 60,8%. Los fármacos antiarrítmicos empleados fueron amiodarona (16,2%) y flecainida (10,8%). Se derivó a cardioversión eléctrica programada al 5,1% y a ablación de venas pulmonares al 7,1%. Respecto a los fármacos frenadores, tomaron betabloqueantes el 36,1%, calcioantagonistas no dihidropiridínicos el 7,6% y digoxina el 9,3%. Se usó anticoagulación oral en el 84% de los pacientes (44,6% con anticoagulantes orales anti-vitamina K (acenocumarol) y 39,4% con anticoagulantes orales de acción directa (dabigatran etexilate, rivaroxabán, apixabán)).

*Discusión:* Se estima que un 5% de las formas de presentación de la FA son de novo (primer episodio). Como en el resto de tipos de FA, el objetivo es reducir los síntomas y prevenir las complicaciones, mediante el control de la frecuencia ventricular o del ritmo, el tratamiento antitrombótico y el manejo adecuado de las enfermedades concomitantes.

*Conclusiones:* En nuestro estudio la HTA es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en los pacientes diagnosticados de FA de novo y las palpitaciones el síntoma más frecuente. En cuanto al manejo ambulatorio inicial, el control de la frecuencia ventricular es la estrategia terapéutica preferente, sobre todo con el uso de fármacos bloqueadores beta. Respecto al tratamiento anticoagulante, la mayoría de los pacientes de alto riesgo isquémico (CHA2DS2-VASc ≥ 2) fueron anticoagulados.