



Características epidemiológicas y clínicas en pacientes con fibrilación auricular no valvular

Epidemiological and clinical characteristics in patients with nonvalvular atrial fibrillation

Silvio Solano-García¹ <https://orcid.org/0000-0001-9772-8089>

Aymé Alberna-Cardoso^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-2629-4417>

Rolando Dornes-Ramón³ <https://orcid.org/0000-0003-4365-5237>

Lixaidys Springer-Toledo⁴ <https://orcid.org/0000-0003-4638-4698>

Mayelín Baró-Rojas⁵ <https://orcid.org/0000-0002-6038-2296>

Mileydis Hernández-Conde⁶ <https://orcid.org/0000-0002-2217-7750>

¹Especialista de Primer Grado en Cardiología y Medicina General Integral. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

²Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Cardiología y Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

³Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer y Segundo Grados en Imagenología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

⁴Especialista de Primer Grado en Cardiología. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

⁵Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Cardiología y Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

⁶Máster en Educación Superior. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y





Oftalmología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: aymealberna@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la fibrilación auricular es la arritmia que se presenta más frecuentemente en la práctica clínica, es causa de una elevada hospitalización y precisa de un adecuado tratamiento anticoagulante.

Objetivo: describir algunas de las características demográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Métodos: se realizó un estudio transversal en los ingresados en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila durante el trienio: enero/2015-diciembre/2017. Se trabajó con la totalidad de 194 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos se recogieron de las historias clínicas. Se utilizaron las escalas CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED para la evaluación del riesgo tromboembólico y de hemorragias. Se cumplieron los principios éticos.

Resultados: predominó el sexo masculino (54,12 %), el grupo de edad entre 51 y 75 años en ambos sexos (13,92 %, masculino y 11,86 %, femenino), la hipertensión arterial como factor de riesgo (73,20 %) y la fibrilación auricular permanente como tipología (67,53 %). Poco más de la mitad tenía criterio para la anticoagulación (55,67 %) y alrededor de una tercera parte (33,51 %), tenían riesgo incrementado de sangrado. Solo 20,10 % tenían prescrito anticoagulante.

Conclusiones: predominio en los hombres, entre 51 a 60 años, con hipertensión arterial como factor de riesgo y la tipología permanente de fibrilación auricular, con criterios para tratamiento anticoagulante que aún no lo tenían prescrito.

Palabras clave: FIBRILACION ATRIAL/epidemiología, FIBRILACION ATRIAL/tratamiento farmacológico; ANTICOAGULANTES/uso terapéutico; FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

Introduction: atrial fibrillation is the arrhythmia that occurs most frequently in clinical practice, it is the cause of high hospitalization and requires adequate anticoagulant treatment.





Objective: to describe some of the demographic, epidemiological and clinical characteristics of patients with nonvalvular atrial fibrillation.

Methods: a cross-sectional study was carried out in patients admitted to the General Provincial Teaching Hospital of Ciego de Ávila during the three-year period January/2015-December/2017. The study included 194 patients who met the inclusion criteria. Data were collected from medical records. The CHA2DS2-VASc and HAS-BLED scales were used to assess thromboembolic and bleeding risk. The ethical principles were fulfilled.

Results: the male sex predominated (54.12 %), the age group between 51 and 75 years in both sexes (13.92 %, male and 11.86 %, female), arterial hypertension as a risk factor (73,20 %) and permanent atrial fibrillation as typology (67.53 %). Just over half had criteria for anticoagulation (55.67 %) and about a third (33.51%) had an increased risk of bleeding. Only 20.10 % had an anticoagulant prescription.

Conclusions: the male sex predominated, between 51 and 60 years old, with arterial hypertension as a risk factor and the permanent typology of atrial fibrillation, with criteria for anticoagulant treatment that had not prescribed it yet.

Keywords: ATRIAL FIBRILLATION/epidemiology; ATRIAL FIBRILLATION/drug therapy; ANTICOAGULANTS/therapeutic use; RISK FACTORS.

Recibido: 26/09/2019

Aprobado: 07/02/2020

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es una de las arritmias más frecuentes en la práctica clínica y provoca un elevado número de hospitalizaciones. Se trata de taquiarritmias supraventriculares caracterizadas por la activación auricular desorganizada, con el consecuente deterioro de la función mecánica de las aurículas.^(1,2) Esta enfermedad se considera la epidemia cardiovascular del siglo XXI, en conjunto con la insuficiencia cardíaca congestiva, la diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico. Se estima que uno de cada seis accidentes cerebrovasculares ocurren en un paciente con fibrilación auricular y que el





aumento de los mismos depende del número de factores de riesgo adicionales.^(3,4)

Los mecanismos que generan y sostienen la fibrilación auricular son multifactoriales; también se encuentra asociada a varias enfermedades. La insuficiencia cardíaca congestiva, la cardiopatía isquémica, la valvulopatía aórtica y mitral, la dilatación auricular izquierda, la hipertensión, la edad avanzada, así como la obesidad y la apnea obstructiva son factores de riesgo independientes de la presentación de fibrilación auricular. Todo esto hace que su manejo médico sea complejo, con un espectro clínico que puede ir desde la presentación asintomática hasta severos trastornos hemodinámicos que ponen en peligro la vida del paciente.^(1,2,5-7)

En este sentido, la fibrilación auricular incrementa cinco veces el riesgo de desarrollar accidentes cerebrovasculares, tres de insuficiencia cardíaca congestiva y dos el de demencia y muerte. Los costos de tratamiento representan una importante suma para la sociedad y la familia. Se estima que, en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU), esta afección le adiciona unos 26 billones de dólares al año al presupuesto de salud. Se estima que el número de afectados se duplique en los próximos 35 años.^(1,2,6,7) Por otra parte, investigaciones realizadas en China demuestran que la prevalencia de la fibrilación auricular es menor en asiáticos que en ciudadanos de países occidentales, lo que probablemente se deba a factores de índole sociocultural.⁽⁴⁻⁶⁾

Estudios epidemiológicos muestran que la fibrilación auricular es más frecuente en los hombres y que se incrementa a medida que avanza la edad. En investigaciones realizadas en EE.UU, 26 % de los hombres y 23 % de las mujeres de origen europeo tienen riesgo de desarrollar esta enfermedad después de los 40 años. En los afroamericanos la incidencia es menor, aunque en este grupo se presentan con mayor frecuencia factores de riesgo.^(1,2,5-7)

En Cuba, de acuerdo a los datos del Anuario Estadístico Nacional de 2019,⁽⁸⁾ las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar, con 25 684 defunciones y una tasa de 228.2 por 100 000 habitantes. La tasa de mortalidad en mayores de 65 años para estos padecimientos fue de 1023.8 x 100 000 habitantes. En el año 2018 ocurrieron 546 defunciones por arritmias cardíacas y por los trastornos de conducción (4,9 x 100 000 habitantes). En cuanto al sexo, los hombres tuvieron mayor mortalidad. De acuerdo a los datos que aparecen en el registro de pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila, la primera causa de enfermedad cardiovascular en los pacientes que ingresan en este servicio, es la cardiopatía isquémica. Le siguen las arritmias cardíacas y, entre



ellas, la fibrilación auricular.

Debido a que los mecanismos que generan y sostienen la fibrilación auricular son multifactoriales y además se encuentran asociados otras enfermedades, al indicar el tratamiento anticoagulante a un paciente con fibrilación auricular resulta imprescindible hacer una adecuada valoración del beneficio/riesgo del tratamiento. Deben tenerse en cuenta sus características clínicas y aplicar métodos de estratificación que permitan calcular el riesgo de embolia secundaria a la fibrilación auricular y el riesgo de hemorragia asociada al tratamiento antitrombótico.⁽⁴⁾

En la actualidad se han desarrollado diferentes escalas de riesgo tromboembólico. Entre ellas están las escalas CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc (reglas de predicción clínica que permiten estimar el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con fibrilación auricular) y ATRIA (*Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation*) para optimizar la terapia antitrombótica de los pacientes con fibrilación auricular. Se recomienda, además, valorar no solo el riesgo trombótico, sino también el hemorrágico, por lo que se han propuesto distintos esquemas de riesgo que valoran el riesgo hemorrágico del paciente, como HEMORR2AHAGES (riesgo de hemorragia en anticoagulación para fibrilación auricular), HAS-BLED (permite calcular el riesgo de sangrado en pacientes con fibrilación auricular que reciben anticoagulación oral, partiendo de los factores de riesgo asociados con la probabilidad de sangrado), ATRIA y ORBIT (*Outcomes Registry for Better Informed Treatment*). La escala HAS-BLED es la que recomiendan la mayoría de las guías de tratamiento⁽⁴⁾. En la práctica clínica diaria en el Servicio de Cardiología del Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila es insuficiente aún la utilización de las escalas para la elección de una mejor opción terapéutica.

El objetivo de la presente investigación es describir algunas de las características demográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes con fibrilación auricular no valvular.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes ingresados en la sala de cardiología del Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de la provincia Ciego de Ávila en el trienio comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2017. Se trabajó con la totalidad de 194 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión siguientes: ingreso con el diagnóstico de

fibrilación auricular no valvular en el período de estudio cuya historia clínica estaba completa.

Los datos se recogieron de las historias clínicas, e incluyeron los electrocardiogramas de doce derivaciones realizados para el diagnóstico y la evaluación de los pacientes. La información se registró en una planilla de recolección confeccionada por los autores. La utilización de las escalas de CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED para la evaluación del riesgo tromboembólico y de hemorragias,⁽⁴⁾ respectivamente, facilitó la obtención de la información.

Se utilizaron las pautas contenidas en las guías de 2016, emitidas por la Sociedad Europea de Cardiología, que propone como indicación Clase IIa y Nivel de evidencia B el tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes CHA₂DS₂-VASc = 1 punto en hombres y 2 puntos en mujeres. Se mantiene como indicación Clase I y Nivel de evidencia A el tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes CHA₂DS₂-VASc = 2 puntos en hombres y 3 puntos en mujeres. Estos últimos son los que más se benefician con la anticoagulación, por tratarse de los de alto riesgo con criterio para su indicación.⁽⁴⁾

Escala CHA₂DS₂-VASc para la estratificación de riesgo tromboembólico

Condición	Puntos
Insuficiencia cardíaca congestiva signos/síntomas de Insuficiencia cardíaca o evidencia objetiva de fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida	1
Hipertensión	1
Edad mayor a 75 años	2
Edad entre 65-74 años	1
Enfermedad vascular	1
Diabetes mellitus	1
Accidente cerebrovascular, Accidente isquémico transitorio o tromboembolia previos	2
Categoría de sexo (femenino)	1

Max: 10 puntos Bajo Riesgo: = 0 Riesgo Intermedio: = 1 Alto Riesgo: ≥ 2

Escala HAS-BLED para la estratificación del riesgo hemorrágico

Condición	Puntos
Hipertensión(sistólica mayor de 160mm/hg)	1
Insuficiencia Renal/Insuficiencia Hepática	1+1
Ictus	1
Sangrado	1

Cociente internacional normalizado (INR por sus siglas en inglés lábil)	1
Edad mayor de 65 años	1
Fármacos o alcohol	1+1
	Rango de 0 a 9

Bajo riesgo: menor de 3

Alto riesgo: ≥ 3

Para el procesamiento automatizado de la información se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS 20.1. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos mediante distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentuales.

En el estudio se cumplieron los preceptos éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.⁽⁹⁾ La información obtenida de los participantes se resguardó bajo confidencialidad y los resultados fueron hechos públicos con la precaución de mantener el anonimato de los pacientes.

RESULTADOS

De un total de 194 pacientes predominó el sexo masculino (54,12%) y el grupo de edad de 51 a 60 años en ambos sexos, 13,92% y 11,86%, respectivamente (tabla 1).

Tabla 1 - Pacientes según grupo de edades y sexo

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
21-30 años	2	1,03	2	1,03	4	2,06
31-40 años	6	3,09	4	2,06	10	5,15
41-50 años	15	7,73	15	7,73	30	15,46
51-60 años	27	13,92	23	11,86	50	25,77
61-65 años	15	7,73	9	4,64	24	12,37
66-70 años	20	10,31	13	6,70	33	17,01
71-75 años	11	5,67	15	7,73	26	13,40
76-80 años	7	3,61	5	2,58	12	6,19
81 y más años	2	1,03	3	1,55	5	2,58
Total	105	54,12	89	45,88	194	100,00

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 2 se muestra la distribución de los pacientes en estudio según tipo de fibrilación auricular y sexo. De forma general preponderó la fibrilación auricular permanente (67,53 %), con ligero predominio del sexo masculino (36,60 %); seguido de la fibrilación auricular persistente (22,16 %), también con similar distribución en ambos sexos.

Tabla 2 - Pacientes según tipo de fibrilación auricular y sexo

Grupo de Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Fibrilación auricular permanente	71	36,60	60	30,93	131	67,53
Fibrilación auricular persistente	22	11,34	21	10,82	43	22,16
Fibrilación auricular paroxística	6	3,09	4	2,06	10	5,15
Fibrilación auricular persistente de larga duración	6	3,09	4	2,06	10	5,15
Total	105	54,12	89	45,88	194	100,00

Fuente: historias clínicas.

Los factores de riesgo que se presentaron con mayor frecuencia en ambos sexos fueron: la hipertensión arterial (73,20%), a predominio del sexo masculino; el accidente cerebrovascular (43,30%), con ligera superioridad en el sexo femenino y la insuficiencia cardíaca congestiva (38,14%), con preponderancia del sexo masculino (tabla 3).

Tabla 3 - Pacientes según factores de riesgo y sexo

Factores de riesgo n=194	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	79	40,72	63	32,47	142	73,20
Accidente cerebrovascular	41	21,13	43	22,16	84	43,30
Insuficiencia cardíaca congestiva	39	20,10	35	18,04	74	38,14
Diabetes Mellitus	10	5,15	16	8,25	26	13,40
Insuficiencia renal crónica	12	6,19	9	4,64	21	10,82
Sangramiento previo	4	2,06	3	1,55	7	3,61
Enfermedades hepáticas	3	1,55	1	0,52	4	2,06
Enfermedad vascular periférica	2	1,03	5	2,58	7	3,61

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 4 se resume la distribución de los pacientes según los resultados de la aplicación de la escala CHA₂DS₂-VASc. Dentro de los estudiados, 108 (55,67%) tenían criterio para la anticoagulación; de ellos, 58 hombres (29,90%) y 50 mujeres (25,77%).

Tabla 4 - Pacientes según resultados de la escala CHA₂DS₂-VASc

Resultados de la escala CHA ₂ DS ₂ -VASc	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
1 para hombres o 2 para mujeres	21	10,82	14	7,22	35	18,04
2 o más hombres 3 o más mujeres	58	29,90	50	25,77	108	55,67
Total	79	40,72	64	32,99	143	73,71

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 5 se observa que 66,49% de los investigados tenían un riesgo bajo de sangrado según la escala HAS-BLED, con un discreto predominio de los hombres (37,11%) respecto a las mujeres (29,38%). Solo 65 pacientes (33,51%) tenían un riesgo incrementado.

Tabla 5 - Pacientes según resultados de la escala HAS-BLEED

Resultados de la escala HAS-BLED	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
< 3	72	37,11	57	29,38	129	66,49
≥ 3	33	17,01	32	16,49	65	33,51
Total	105	54,12	89	45,88	194	100,00

Fuente: historias clínicas.

La mayoría de los investigados no recibían tratamiento anticoagulante previo al evento de fibrilación auricular (79,90%), de acuerdo a los criterios de la escala CHA₂DS₂-VASc (tabla 6). Solamente lo recibían 39 pacientes (20,10%), con un discreto predominio en el sexo masculino (11,86%), respecto al femenino (8,25%).

Tabla 6 – Pacientes de acuerdo a la prescripción de anticoagulante previo al evento de fibrilación según sexo



Prescripción de anticoagulante previo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
No	82	42,27	73	37,63	155	79,90
Sí	23	11,86	16	8,25	39	20,10
Total	105	54,12	89	45,88	194	100,00

Fuente: historias clínicas.

DISCUSIÓN

Autores como Rahman y cols.,⁽¹⁰⁾ coinciden en que, a cualquier edad, la incidencia de fibrilación auricular es 1,5 veces mayor en el hombre que en la mujer. Sin embargo, estas últimas tienen mayor riesgo de complicaciones por tromboembolias.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ En el sexo femenino aumenta de forma independiente el riesgo de accidente cerebrovascular, a menos que la edad sea menor de 65 años y solo presente fibrilación auricular. El análisis del sexo a partir de estudios poblacionales, estudios de cohortes, cohortes de estudios clínicos y registros de series de casos, también indica mayores tasas de tromboembolia en mujeres.^(3,7)

Según el Grupo de Trabajo para el Manejo de la Fibrilación Auricular de la Sociedad Europea de Cardiología, la prevalencia de fibrilación auricular aumenta con la edad. Además, el riesgo de presentarse a lo largo de la vida está alrededor de 25 % en las personas que han alcanzado los 40 años de edad.⁽¹⁵⁾

Los resultados del presente trabajo coinciden con estudios realizados donde la prevalencia de la fibrilación auricular ajustada por edad es más baja en las mujeres, mientras que el riesgo de muerte de las mujeres con fibrilación auricular es similar o mayor al de los varones. Estudios analíticos demuestran que la incidencia de fibrilación auricular se asocia a la edad y al sexo, varía entre 0,1 % al año en personas de menos de 40 años, más de 1,5 % al año en mujeres y más de 2 % en hombres de más de 80 años.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

El envejecimiento aumenta el riesgo de fibrilación auricular debido a la pérdida y aislamiento del miocardio auricular que se produce en estas edades y por los trastornos de conducción asociados a ello. De ahí la necesidad de la realización frecuente de ecocardiogramas en pacientes con más de 65 años y pulso irregular.⁽³⁾





Varios estudios avalan que solo un pequeño porcentaje de pacientes permanecen en fibrilación auricular paroxística durante varias décadas. La fibrilación auricular también puede revertir de la forma persistente a la paroxística. Además, las recurrencias asintomáticas de la fibrilación auricular también son comunes en los pacientes con fibrilación auricular sintomática.^(14,16,18)

Según Cohen y cols.,⁽¹⁹⁾ en un estudio realizado en Francia, más de 50% de los pacientes presentó una fibrilación auricular permanente y de acuerdo al Euro Heart Survey, se observó que la proporción de fibrilación auricular que se convierte en permanente aumenta cuando tiene un carácter mantenido.

El predominio de la hipertensión arterial y de los accidentes cerebrovasculares como factores de riesgo de aparición de la fibrilación auricular encontrados, coincide con resultados similares de otros estudios.⁽¹³⁻¹⁵⁾ La fibrilación auricular está asociada a diversas enfermedades cardiovasculares. Las condiciones médicas concomitantes tienen un efecto aditivo en la perpetuación de la fibrilación auricular al promover la existencia de un sustrato que mantiene a la fibrilación. Las enfermedades asociadas a la fibrilación auricular también son marcadores del riesgo cardiovascular total y se asocian a daño cardíaco.

La insuficiencia cardíaca es una condición considerada como embolígena en pacientes con fibrilación auricular. La insuficiencia cardíaca y la fibrilación auricular pueden contribuir a la aparición y exacerbación tanto de una como de la otra, mediante mecanismos como: el remodelado cardíaco estructural, la activación neurohormonal y la afección de la función del ventrículo izquierdo relacionada con la frecuencia cardíaca.^(1,4)

En la actualidad se reconocen pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (IC-FEr), con FEVI conservada (IC-FEc) y con FEVI en rango medio (IC-FErM). El diagnóstico de la IC-FEc en pacientes con fibrilación auricular se hace complejo debido a la dificultad de separar los síntomas causados por la insuficiencia cardíaca de los causados por la fibrilación auricular. La ecocardiografía puede ser útil para detectar la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada en pacientes con fibrilación auricular al proporcionar evidencia de cardiopatía estructural relevante como hipertrofia ventricular izquierda.^(3,4)

La ecocardiografía transtorácica es siempre adecuada para evaluar el tamaño auricular y la función ventricular, así como para comprobar la existencia de hipertrofia ventricular izquierda, cardiopatía congénita y cardiopatía valvular. Esta información es de gran utilidad para guiar la decisión clínica,



aunque no puede excluir la presencia de trombo en la orejuela izquierda.⁽³⁾

A pesar de la evidencia disponible, sigue siendo frecuente la infrautilización o la interrupción prematura de los anticoagulantes orales. Existe una marcada evidencia a favor de la anticoagulación en la disminución del riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular, en comparación con la ausencia de tratamiento antitrombótico y frente al tratamiento con antiagregantes plaquetarios.^(3,4)

El beneficio clínico neto es prácticamente universal, con la excepción de los pacientes con un riesgo muy bajo de accidente cerebrovascular; por lo que se debe emplear anticoagulantes orales en la mayoría de los pacientes con fibrilación auricular. No obstante, algunos autores advierten que, debido al riesgo de hemorragia durante el tratamiento con warfarina, su uso se limitará a pacientes cuyo riesgo de complicaciones tromboembólicas sea superior al riesgo de hemorragia.^(3,4,20-22)

No realizar estudios analíticos comparativos donde se demuestre la utilidad de la aplicación de las escalas utilizadas en el presente estudio, constituyó una limitación de esta investigación.

CONCLUSIONES

Entre los pacientes con fibrilación auricular no valvular candidatos a tratamiento anticoagulante, predominó el sexo masculino, el grupo de edad de 51 a 60 años, el tipo de fibrilación auricular permanente y la hipertensión arterial como factor de riesgo. De acuerdo a los resultados, al aplicar las escalas de estratificación CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED, poco más de la mitad de los pacientes necesitaban anticoagulación y alrededor de una tercera parte tenían riesgo incrementado de sangrado y no se les había prescrito anticoagulante. Esto evidencia que aún existe un amplio número de pacientes con fibrilación auricular en los que la anticoagulación contribuiría a disminuir las complicaciones cardioembólicas y que se requiere divulgar la utilización de estas escalas. En esto radica el aporte de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fred M, Douglas P. Fibrilación auricular: manifestaciones clínicas, mecanismos y tratamiento. En:



Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO, editores. Braunwald Tratado de Cardiología. 10ma ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 798-820.

2. Guindo-Soldevila J, Martínez-Ruíz MD, Duran-Robert I, Tornos P, Martínez-Rubio A. Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013 [citado 19 Sep 2019];13 Supl C:9-13. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-evaluacion-riesgo-tromboembolico-hemorragico-pacientes-articulo-S1131358713700530>

3. Guerra-García D, Valladares-Carvajal F, Bernal-Valladares EJ, Díaz-Quiñones JA. Factores de riesgo asociados a ictus cardioembólico en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Rev. Finlay [Internet]. Mar 2018 [citado 19 Sep 2019];8(1):9-17. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf02108.pdf>

4. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2017 [citado 12 Feb 2019];70(1):50.e1-e84. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0300893216306625>

5. January CT, Wann ML, Alpert JS, Calkins H, Cleveland JC, Clevenland JR, et al. AHA/ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation. Circulat [Internet]. 2014 [citado 12 Mar 2019];130(23):e199-e267. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676081/pdf/nihms615358.pdf>

6. Wysokinski WE, Cohoon KP, Melduni RM, Mazur M, Ammash N, Munger T, et al. Association between P-selectin levels and left atrial blood stasis in patients with nonvalvular atrial fibrillation. Thromb Res [Internet]. Dic 2018 [citado 12 Feb 2019];172:4-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6309447/pdf/nihms-996882.pdf>

7. Márquez MF, Gómez-Flores J, Aranda-Faustro A, Cazares-Campos I, Cárdenas M. Avances recientes en la fisiopatología de la fibrilación auricular. Arch. Cardiol. Mex. [Internet]. Dic 2009 [citado 12 Mar 2019];79 Supl 2:18-25. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v79s2/v79s2a5.pdf>

8. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2018 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019 [citado 12 May 2019].





Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>

9. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964 [citado 30 Ene 2016]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf

10. Ko D, Rahman F, Schnabel RB, Yin X, Benjamin EJ, Christophersen IE. Atrial fibrillation in women: epidemiology, pathophysiology, presentation, and prognosis. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. Jun 2016 [citado 12 Mar 2019];13(6):321-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5579870/pdf/nihms866733.pdf>

11. Sharma M, Cornelius VR, Patel JP, Davies JG, Molokhia M. Efficacy and harms of direct oral anticoagulants in the elderly for stroke prevention in atrial fibrillation and secondary prevention of venous thromboembolism: systematic review and meta-analysis. *Circulation* [Internet]. Jul 2015 [citado 12 Abr 2019];132(3):194-204. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.013267>

12. Emdin CA, Wong CX, Hsiao AJ, Altman DG, Peters SA, Woodward M, et al. Atrial fibrillation as risk factor for cardiovascular disease and death in women compared with men: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* [Internet]. Ene 2016 [citado 12 Abr 2019];352:h7013. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/352/bmj.h7013.full.pdf>

13. Hobbs R, Taylor CJ, Jan Geersing G, Rutten FH, Brouwer JR, et al. European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS) consensus guidance on stroke prevention in atrial fibrillation (SPAF) in primary care. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. Mar 2016 [citado 12 Mar 2019];23(5):460-73. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4766963/pdf/10.1177_2047487315571890.pdf

14. Tian XT, Xu YJ, Yang YQ. Gender differences in arrhythmias: focused on atrial fibrillation. *J Cardiovasc Transl Res* [Internet]. Feb 2020 [citado 14 Mar 2020];13(1):85-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31637585/>

15. Grupo de Trabajo para el Manejo de la Fibrilación Auricular de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol*





[Internet]. Dic 2010 [citado 12 Abr 2019];63(12):1483.e1-e83. Disponible en: http://www.comib.com/wp-content/uploads/2015/04/rcp2015/guias_de_fa.pdf

16. Abraham NS, Singh S, Alexander GC, Heien H, Haas LR, Crown W, et al. Comparative risk of gastrointestinal bleeding with dabigatran, rivaroxaban, and warfarin: population based cohort study. BMJ [Internet]. Abr 2015 [citado 12 Abr 2019];350:h1857. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/William-Crown/publication/275723384_Comparative_risk_of_gastrointestinal_bleeding_with_dabigatran_rivaroxaban_and_warfarin_Population_based_cohort_study/links/554780060cf26a7bf4d90a7a/Comparative-risk-of-gastrointestinal-bleeding-with-dabigatran-rivaroxaban-and-warfarin-Population-based-cohort-study.pdf

17. Goodman SG, Wojdyla DM, Piccini JP, White HD, Paolini JF, Nessel CC, et al. Factors associated with major bleeding events: insights from the ROCKETAF trial (rivaroxaban once-daily oral direct factor Xa inhibition compared with vitamin K antagonism for prevention of stroke and embolism trial in atrial fibrillation). J Am Coll Cardiol [Internet]. Mar 2014 [citado 12 Abr 2019];63(9):891-900. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206565/pdf/nihms622088.pdf>

18. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. Circulation [Internet]. Feb 2014 [citado 11 May 2019];129:837-47. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.929.7476&rep=rep1&type=pdf>

19. Cohen A, Dallongeville J, Durand-Zaleski I, Bouée S, Le Heuzey JY; EPHA Investigators. Characteristics and management of outpatients with history of or current atrial fibrillation: the observational French EPHA study. Arch Cardiovasc Dis [Internet]. Jul 2010 [citado 12 May 2019];103(6-7):376-87. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875213610001294/pdf?md5=5545c62b8a1cdfc633cdfb66ebe7804d&pid=1-s2.0-S1875213610001294-main.pdf>

20. Abed HS, Wittert GA, Leong DP, Shirazi MG, Bahrami B, Middeldorp ME, et al. Effect of weight reduction and cardiometabolic risk factor management on symptom burden and severity in patients with atrial fibrillation: a randomized clinical trial. JAMA [Internet]. 2013 [citado 12 May 2019];310(19):2050-60. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1779533>





21. Björck F, Renlund H, Lip GYH, Wester P, Svensson PJ, Själander A. Outcomes in a warfarin-treated population with atrial fibrillation. JAMA Cardiol [Internet]. May 2016 [citado 11 May 2019];1(2):172-80. Disponible en:

<https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/articlepdf/2515767/hoi160008.pdf>

22. Nielsen PB, Larsen TB, Skjoth F, Gorst-Rasmussen A, Rasmussen LH, Lip GY. Restarting anticoagulant treatment after intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation and the impact on recurrent stroke, mortality, and bleeding: a nationwide cohort study. Circulation [Internet]. Ago 2015 [citado 12 Abr 2019];132(6):517-25. Disponible en:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.999.6148&rep=rep1&type=pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Silvio Solano-García: gestación de la idea, elaboración del diseño de investigación, revisión documental y bibliográfica, interpretación de los datos obtenidos, confección del artículo y aprobación de la versión final.

Aymé Alberna-Cardoso: conducción de la investigación, revisión documental y bibliográfica, revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final.

Rolando Dornes-Ramón: revisión documental y bibliográfica, revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final.

Lixaidys Springer-Toledo: revisión bibliográfica, recopilación, procesamiento y análisis de los resultados, confección del artículo y aprobación de su versión final.

Mayelín Baró-Rojas: revisión bibliográfica, confección del artículo y aprobación de su versión final.

Mileydis Hernández-Conde: revisión bibliográfica y aprobación de su versión final.

Financiación

Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”.

