

**COMPORTAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR
EN PACIENTES INGRESADOS CON ICTUS ISQUÉMICO
EN SERVICIO DE NEUROLOGÍA. AÑO 2020**

Luis Enrique Moreno Peña ^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-2187-9521>

Yitsy de la Caridad Sánchez Ceballos ^{2*} <http://orcid.org/0000-0002-2986-1790>

Jorge Luis Delgado Morejón ^{3*} <http://orcid.org/0000-0002-5980-2804>

Idalia Teresita Hernández Hervís ^{4*} <http://orcid.org/0000-0002-5772-2034>

Tereza Sangronis Viart ^{5*} <http://orcid.org/0000-0002-5980-2804>

¹ Medicina Interna, Departamento: Medicina Interna, Facultad: Ciencias Médicas de Matanzas, Universidad: Ciencias Médicas de Matanzas, Centro: Hospital provincial clínico quirúrgico docente Faustino Pérez, Provincia: Matanzas, País: Cuba.

² Medicina Interna, Departamento: Medicina Interna, Facultad: Ciencias Médicas de Matanzas, Universidad: Ciencias Médicas de Matanzas, Centro: Policlínico Carlos Verdugo, Provincia: Matanzas, País: Cuba.

³ Medicina Interna, Departamento: Medicina Interna, Facultad: Ciencias Médicas de Matanzas, Universidad: Ciencias Médicas de Matanzas, Centro: Hospital provincial clínico quirúrgico docente Faustino Pérez, Provincia: Matanzas, País: Cuba.

⁴ Logopedia y fisioterapia, Departamento: Terapia Física y rehabilitación, Facultad: Ciencias Médicas de Matanzas, Universidad: Ciencias Médicas de Matanzas, Centro: Hospital provincial clínico quirúrgico docente Faustino Pérez, Provincia: Matanzas, País: Cuba.

⁵ Medicina Interna, Departamento: Medicina Interna, Facultad: Ciencias Médicas de Matanzas, Universidad: Ciencias Médicas de Matanzas, Centro: Hospital provincial clínico quirúrgico docente Faustino Pérez, Provincia: Matanzas, País: Cuba.

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

*Autor de correspondencia: luisenriquemorenopena@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) no valvular es la arritmia sostenida más frecuente y la primera causa de ictus cardioembólico. Se realizó un estudio observacional transversal en pacientes con FA ingresados con Ictus Isquémico en la sala de neurología del Hospital Faustino Pérez del 2019-2020. **Objetivo:** Caracterizar el comportamiento clínico terapéutico de la FA no valvular en pacientes ingresados con ictus isquémico. **Materiales y métodos:** El universo del estudio fue de 96 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión sin cumplir los criterios de exclusión establecidos para el estudio. Se determinó el riesgo de embolismo y sangrado según las escalas CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED respectivamente. **Resultados:** El 57.29% de los pacientes con ictus isquémico asociado a FA pertenecían al sexo masculino y el 42.7% al femenino. Predominó el grupo de edades de 75-84 años con 56.25%. La hipertensión arterial y la edad mayor de 75 años fueron los factores de riesgo de la FA más frecuente con 79.16% y 78.12% respectivamente. En 46,87% la FA fue diagnosticada por primera vez y en el 75% se presentó con respuesta ventricular rápida. El 96.87% de los pacientes presentó alto riesgo de embolismo y el 77,08% riesgo bajo de sangrado. Solo 9,37% tuvo tratamiento con anticoagulante antes del ingreso. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes fueron tributarios de anticoagulación por presentar alto riesgo de embolismo y bajo riesgo de sangrado, pero los anticoagulantes orales no fueron indicados o no se diagnosticó la FA previa al ingreso lo cual denota una pesquisa insuficiente.

Palabras Claves: Fibrilación auricular, Riesgo de embolismo, Ictus Isquémico, riesgo de sangrado.

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia supra ventricular que se caracteriza electrocardiográficamente por oscilaciones basales de baja amplitud (ondas f) o ausencia de onda P y por un ritmo ventricular irregularmente irregular.¹⁻³ Es la arritmia sostenida, encontrada con mayor frecuencia en la práctica clínica y constituye una epidemia creciente, que se asocia a importantes complicaciones como accidentes cerebro vasculares (ACV), insuficiencia cardíaca (IC), y muerte.^{1,4-5}

La FA no valvular es aquella que ocurre en ausencia de estenosis mitral reumática moderada y severa o prótesis valvular mecánica.^{4,6,7} Debido a sus diversas formas de presentación y a las múltiples alternativas de tratamiento, su manejo es un desafío constante para médicos cardiólogos, clínicos, de otras especialidades y médicos no especialistas.⁸ La FA afecta a un 1-2% de la población general y la media de edad del paciente que sufre este trastorno ha ido aumentando paulatinamente, de tal forma que actualmente se sitúa entre 75 y 85 años.^{1, 7,9,10}

Actualmente la arritmia se clasifica según su evolución en cinco categorías principales: Primer episodio de FA, paroxística, persistente, persistente de larga duración y permanente.^{7,11,12} La primera es aquella que se presenta por primera vez, independientemente de la duración de la arritmia o de la presencia y gravedad de los síntomas relacionados con la arritmia. La paroxística dura generalmente hasta 48 horas, pero puede mantenerse hasta siete días; la persistente dura más de 7 siete días o requiere de una cardioversión eléctrica o farmacológica; la persistente de larga duración es aquella que se presenta por más de un año en el momento en que se decide iniciar un tratamiento para control del ritmo y la permanente es aquella donde las intervenciones de control del ritmo no son un objetivo terapéutico. Si se decide la cardioversión, se redefine la arritmia como FA persistente de larga duración. También la FA se puede clasificar según la respuesta ventricular en lenta, normal y rápida.^{1,13-15}

La HTA es responsable de más casos de la enfermedad que cualquier otro factor predisponente.^{7,17,18} La insuficiencia cardíaca, obesidad, la diabetes mellitus (DM), el síndrome metabólico, EPOC, apnea obstructiva del sueño e hipertiroidismo se han relacionado con la aparición de la arritmia.^{17,19,}

La complicación más letal e invalidante en los pacientes con FA son los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) que tienen un riesgo de presentación mayor en estos pacientes y los accidentes cerebro vasculares secundarios a la arritmia tienen mayores tasas de mortalidad, discapacidad y se asocian a hospitalizaciones más prolongadas.^{1,7,17,,20} Las consecuencias son más devastadoras en relación con otros orígenes, con menor probabilidad de retorno al hogar y mayor probabilidad de presentación clínica con signos neurológicos desfavorables como: coma, afasia, parálisis, trastornos deglutorios e incontinencia.^{17,21,22} El tratamiento de esta entidad se centra en el alivio de los síntomas a través del control de la frecuencia mediante fármacos del grupo de los betabloqueadores, anticálcicos no dihidropiridínicos, digoxina o amiodarona y del ritmo cardíaco con cardioversión eléctrica, farmacológica o ablación.^{1,7,23,24} El aspecto más importante del tratamiento teniendo en cuenta su mayor peso en la prevención de los embolismo cerebrales, así como reducción de la mortalidad y discapacidades es el tratamiento antitrombótico con anticoagulantes orales(ACO) o nuevos anticoagulantes orales(NACO).^{1,24}

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

Estudios recientes han demostrado que la escala CHA2DS2-VASc discrimina con más precisión el riesgo de embolismo y las guías internacionales actuales de FA recomiendan la misma.^{1,17,25} Esta escala tiene en cuenta 8 factores de riesgo de embolismo representados según sus iniciales en inglés y se da un punto por la presencia de cada uno de los siguientes: insuficiencia cardíaca (C), hipertensión arterial (H), diabetes mellitus (D), enfermedad vascular (V), edad 65-74 años (A), Sexo femenino (S) y 2 puntos por el antecedente de Ictus isquémico previo (S2) y edad ≥ 75 años (A2) dando como resultado una puntuación que puede variar desde 0 hasta 9 puntos considerándose como alto riesgo de embolismo la puntuación ≥ 2 en hombres y ≥ 3 en mujeres y la consiguiente necesidad de anticoagulación.^{1,17,26} También se han desarrollado distintas escalas para estratificar el riesgo de sangramientos pero el sistema de puntuación con el mejor equilibrio entre sencillez y precisión es el índice HAS-BLED representado según sus iniciales en inglés: hipertensión arterial (H), función renal y/o hepática anormal (A), antecedente de Ictus previo (S), hemorragia importante previa o predisposición a hemorragias (B), INR lábil (L), edad >65 años (E), consumo concomitante de drogas que interfieren en la coagulación (antiagregantes plaquetarios o antiinflamatorios no esteroideos) y/o alcohol (D).^{1,7,27} Cada uno de esos componentes vale 1 punto. A medida que el índice pasa de 0 al máximo de 9, se produce un incremento gradual en el riesgo de hemorragias de los pacientes al tratarse con warfarina. Esta es la recomendada por las guías internacionales actuales de FA y la obtención de una puntuación ≥ 3 indica un alto riesgo de sangramiento lo cual no contraindica la anticoagulación pero alerta al médico hacia un mayor control de los factores de riesgo de sangrado y un seguimiento más estricto de los parámetros de la coagulación.^{1,7,28} El uso de anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K (VKA) como la Warfarina (con objetivo de INR entre 2-3), redujo el riesgo de ACV en un 64% y la mortalidad en un 26% al ser comparado con placebo.^{1,17,29} El uso de Aspirina ya no está avalado por las guías de manejo de FA.^{1,7} Actualmente existen dos clases de nuevos anticoagulantes orales no disponibles en nuestro país: los inhibidores directos de la trombina (Dabigatrán) y los inhibidores del factor X activado (Rivaroxabán, Apixabán y Edoxabán) que tienen un efecto bastante similar a los ACO en la prevención del Ictus isquémico con menor riesgo de sangrado y sin necesidad de seguimiento con INR.^{1,7,17,29}

Teniendo en cuenta los resultados de un estudio previo realizado en el año 2017 en sala de neurología de nuestro hospital; El autor es de la opinión que el diagnóstico de esta arritmia es relativamente sencillo pero existe un alto porcentaje de pacientes sin diagnóstico ni tratamiento anticoagulante y que a pesar de la anticoagulación con warfarina tener un nivel de evidencia y recomendación IA en el tratamiento de los pacientes con FA y alto riesgo de embolismo no es una práctica habitual en nuestro medio lo cual la motivó a la realización de esta investigación por un periodo más prolongado y en mayor número de pacientes con el objetivo de Caracterizar el comportamiento clínico terapéutico de la Fibrilación Auricular no valvular en pacientes ingresados con ictus isquémico en servicio de Neurología del Hospital Faustino Pérez Hernández.

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal en los pacientes con Fibrilación Auricular ingresados con ictus isquémico en la sala de neurología del hospital Faustino Pérez el año 2019-2020 con el objetivo de Caracterizar el comportamiento clínico terapéutico de la FA en estos pacientes en relación con algunos aspectos como su distribución según edad y sexo, factores de riesgo, riesgo de embolismo y sangrado, Tratamiento antitrombótico previo al ingreso de los pacientes con ictus isquémico asociado a FA. El universo del estudio quedó conformado por 96 pacientes con fibrilación auricular asociada a ictus isquémico que fueron encuestados y cumplieron con los criterios de inclusión y no cumplieron los criterios de exclusión establecidos.

Criterios de inclusión

- Ingresar en la sala de neurología con diagnóstico de Ictus Isquémico y presentar FA en algunos de los electrocardiogramas (ECG) realizados durante el ingreso.
- Ingresar en la sala de neurología con diagnóstico de Ictus Isquémico y detectarse FA durante la monitorización electrocardiográfica.
- Haber sido encuestado por el equipo investigador durante el ingreso.

Criterios de exclusión

- Pacientes y/o familiares a quienes no fue posible aplicar la encuesta por cualquier causa
- Pacientes y/o familiares que no dieron su aceptación para ser incluidos en la investigación.
- Pacientes que fueron trasladados o ingresados en otras salas.

A los pacientes que fueron ingresados en la sala de neurología con diagnóstico de Ictus Isquémico se le realizó durante el ingreso la lectura de los ECG que se encontraban en sus historias clínicas y a aquellos que presentaron trazados electrocardiográficos compatibles con una FA, así como aquellos que se le realizó monitorización y se constató en el monitor la FA se les solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio y se les aplicó una encuesta donde se recogieron los datos necesarios para cumplir los objetivos establecidos como edad y sexo, factores de riesgo de embolismo y sangrado lo cual permitió mediante el uso de la escala CHA₂DS₂-VASc determinar el riesgo de embolismo el cual fue calificado en bajo, moderado, alto según la puntuación obtenida y el riesgo de sangrado según la escala HAS-BLED que fue calificado en bajo y alto según la puntuación obtenida, además el tipo de tratamiento antitrombótico de los pacientes previo al ingreso con el ictus isquémico; según la indicación de tratamiento con anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios o ausencia de tratamiento.

Para la organización y análisis de los datos, se creó una base de datos en Microsoft Office Excel 2007. Para el procesamiento de la información se empleó el método porcentual simple lo cual permitió determinar las frecuencias absolutas y relativas expresadas en números y porcentos.

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

RESULTADOS

El 57.29% de los pacientes con ictus isquémico asociado a FA pertenecían al sexo masculino y el 42.7% al sexo femenino. En cuanto a el grupo de edades predominante fue el de 75-84 años con un 56.25% seguido por el de más de 85 años con un 21.87%. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes con Ictus Isquémico asociado a FA según sexo y grupos de edades.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Menos 65	6	6.25	1	1.04	7	7.29
65-74	8	8.33	6	6.25	14	14.58
75-84	29	30.2	25	26.04	54	56.25
Más de 85	12	12.5	9	9.37	21	21.87
Total	55	57.29	41	42.7	96	100

Fuente: Planilla de recolección de la información

La HTA resulto ser el factor de riesgo más frecuente con un 79.16% seguido de los pacientes mayores de 75 años con un 78.12% y la insuficiencia cardiaca con un 43.75%. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Factores de riesgo de FA en pacientes con Ictus Isquémico asociado.

Factores de riesgo	Número	Por ciento
HTA	76	79.16
Mayor de 75 años	75	78.12
Insuficiencia Cardíaca	42	43.75
Cardiopatía Isquémica	27	28.12
Diabetes Mellitus	14	14.58
Obesidad	9	9.37
EPOC	8	8.33

N=96

Fuente: Planilla de recolección de la información

El riesgo de embolismo que predominó en pacientes con ictus isquémico asociado a FA el riesgo alto con 96.87%. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Riesgo de embolismo en pacientes según escala CHA₂DS₂VAS

Riesgo de embolismo	Número	Por ciento
Bajo (0 puntos)	0	0
Moderado (1 punto en hombres) (1-2 punto en mujeres)	3	3.12
Alto (≥2 puntos en hombres) (≥3 puntos en mujeres)	93	96.87
Total	96	100

Fuente: Planilla de recolección de la información

El 77,08% de los pacientes presentó bajo riesgo de sangrado y el 22,91% alto riesgo de sangrado los cuales en su mayoría (19,79%) presentaron una puntuación de 3 puntos (Ver tabla 4)

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

Tabla 4. Riesgo de sangrado en pacientes con ictus isquémico asociado a FA según escala HAS-BLED.

Puntuación	Número	Porciento	Riesgo de sangrado	Número	Porciento
1 punto	15	15.62	Bajo (<3 puntos)	74	77.08
2 puntos	59	61.45			
3 puntos	19	19.79	Alto (≥3 puntos)	22	22.91
4 puntos	3	3.12			
Total	96	100		96	100

Fuente: Planilla de recolección de la información

En el 46.87% de los pacientes se presentan con una FA diagnosticada por primera vez durante el ingreso con el ictus isquémico, 28.12% presentaba tratamiento antiagregantes como tratamiento antitrombótico y solo 6.25% llevaba tratamiento anticoagulante con ACO. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Tratamiento antitrombótico previo al ingreso de los pacientes con ictus isquémico asociado a FA.

Tratamiento antitrombótico	Número	Porciento
No indicación de ACO por diagnóstico de FA por primera vez durante el ingreso	45	46.87
Antiagregantes plaquetarios	27	28.12
ACO (Warfarina)	9	9.37
Abandono del tratamiento con ACO	6	6.25
No indicación de tratamiento antitrombótico	3	3.12
Suspensión del tratamiento con ACO	3	3.12
No tratamiento con ACO por alto de sangramiento	3	3.12
Total	96	100

Fuente: Planilla de recolección de la información

DISCUSIÓN

La FA es considerada un macro problema social pues es la taquiarritmia más frecuente y representa un predictor independiente de mortalidad y enfermedad cerebrovascular isquémica.

En este estudio se encontró un predominio de FA en adultos mayores del sexo masculino. En cuanto al sexo se plantea que en países desarrollados como en vías en desarrollo la incidencia y la prevalencia de la FA ajustada por edad son más altas en hombres comparados con las mujeres lo cual se corresponde con nuestro estudio que predominaron los pacientes del sexo masculino con un 57,29%.^{1,2,47,17} Presentó una proporción 1.34:1 con respecto al sexo femenino que fue de 42,7%. El autor es de la opinión que esto se debe a una mayor presencia en el sexo masculino de exposición a hábitos tóxicos y de otros factores de riesgo vasculares asociados como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y miocardiopatía dilatada con menor adherencia al tratamiento. En otros estudios hubo una relación de 1.2:1 descrito por Verma y cols. Ruff y cols describen una proporción 1.5:1. También, estudios epidemiológicos en Norteamérica y Europa se registran predominio de la arritmia en hombres.^{1,7,17,18} Predominó el grupo de edades de 75-84 años con 56.25% seguido de los mayores de 85 años con 21.87% de los casos, lo cual se corresponde con la literatura revisada

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

que describe un aumento de la prevalencia en relación con el incremento de la edad desplazándose la media de prevalencia actualmente a la edad de 75-84 años.^{1,2,17,30} Si tenemos en cuenta que el grupo de más de 85 años es el más pequeño dentro de nuestra pirámide poblacional y sin embargo representa el 21.87 % de nuestro pacientes es de esperar la mayor prevalencia en este grupo de edades, lo cual se corresponde con la literatura revisada que describe un aumento de la prevalencia en relación con el incremento de la edad desplazándose la media de prevalencia actualmente a la edad.^{1,3,7,25,28} En Cuba Moreno Peña y cols. encontró una frecuencia mayor de pacientes con FA en el rango etario entre 75 y 84 años coincidiendo nuestros resultados, en que la mayor frecuencia poblacional con FA se halla en estas edades lo cual se justifica a los cambios anatómicos y funcionales que ocurren en el miocardio auricular durante el envejecimiento.^{1,2,4,8}

Los factores de riesgo para la aparición de la FA más frecuentes en los pacientes con esta arritmia asociada a Ictus Isquémico fueron la Hipertensión Arterial con 79.16% seguido de los pacientes mayores de 75 años con 78.12% seguido de la insuficiencia cardiaca con un 43.75%. La Hipertensión es uno de los factores más importantes asociados con la FA y los pacientes que la padecen tienen un 40 % más de riesgo de desarrollar una FA que los normotensos; Investigaciones llevadas a cabo por grupos españoles han detectado que, aproximadamente el 60 % de los pacientes con FA son hipertensos; si tenemos en cuenta que nuestra investigación se realizó en pacientes con Ictus Isquémico y que el 78.12% de los mismo tienen más de 75 años pudiera explicarse entonces una mayor prevalencia de HTA en estos pacientes. El envejecimiento aumenta el riesgo de FA, probablemente por pérdida y aislamiento del miocardio auricular dependiente de la edad y por los trastornos de conducción asociados a ello.^{1,15,,22,27}

Diversos estudios han demostrado un incremento de la prevalencia de FA en relación con el incremento de la edad en ambos sexos y este es más marcado en los pacientes con Ictus Isquémico asociado lo cual puede explicar que el 78.12% de nuestros pacientes tengan más de 75 años.^{1,2,4,30} La Insuficiencia Cardiaca sintomática está presente en un 43.75% de los pacientes con FA. Se calcula que en España entre el 25 y el 33 % de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca desarrolla una FA.^{1,7} Los cambios mecánicos asociados al remodelado auricular afectan a las propiedades eléctricas de automatismo y conducción del tejido auricular y facilitan la aparición de FA.¹⁵ En nuestro estudio la prevalencia de Insuficiencia Cardiaca es mayor que en la literatura consultada lo cual el autor piensa que puede estar en relación con la avanzada edad de nuestros pacientes y lo reducido de la muestra.

El 96,87% de los pacientes presentó alto riesgo de embolismo al presentar una puntuación según la escala CHA₂DS₂VASc. Llama la atención del autor el alto riesgo de embolismo en la gran mayoría de los pacientes con FA pero si tenemos en cuenta que la investigación se desarrolló en pacientes que se encuentran ingresados con Ictus isquémico lo cual hizo pensar que debían presentar una mayor prevalencia de factores riesgo de embolismo establecidos para presentar una mayor probabilidad para sufrir un ictus isquémico ; además en su mayoría (78,12%) presentó edad mayor de 75 años y en esta edad son muy frecuentes comorbilidades como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca, la diabetes mellitus y las vasculopatías que también constituyen factores de riesgo de embolismo en

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

los pacientes con FA, entonces pudimos explicarnos el alto porcentaje de los pacientes con alto riesgo embólico en nuestro estudio. En un estudio realizado en España de 1180 pacientes con FA con edad media del diagnóstico de 75 años se reportó un 92,9% de alto riesgo de embolismo.⁸ Este estudio a pesar de no haberse realizado en pacientes con ictus isquémico también tiene un alto porcentaje de paciente con alto riesgo de embolismo que se aproxima a nuestros resultados.²¹ coincide con el estudio realizado por Moreno Peña en el servicio de neurología de esta misma institución en el año 2017 que encontró 95%. Otros estudios en Estados Unidos y otros países europeos también registran un alto porcentaje de los pacientes con FA con alto riesgo de embolismo.^{2,8,10,16}

El 77,08% de los pacientes presentó bajo riesgo de sangrado y el 22,91% alto riesgo de sangrado los cuales en su mayoría (19,79%) presentaron una puntuación de 3 puntos. El autor es de la opinión que si tenemos en cuenta que el segundo factor de riesgo de sangrado fueron la HTA que con una reducción de la TA sistólica a menos de 160mmhg deja de presentar riesgo de sangrado y el tercero fueron las drogas que interfieren en la coagulación como son los antiagregantes plaquetarios y el alcohol pensamos que se reduciría considerablemente el número de pacientes con alto riesgo de sangrado con una anticoagulación menos riesgosa en la mayoría de los pacientes. Solo el 3,12% de los pacientes presentó alto riesgo de sangrado con puntuación de 4. En los pacientes con 4 puntos la decisión de iniciar la anticoagulación en un paciente debe ser individualizada teniendo en cuenta su riesgo de embolismo y la posibilidad de controlar los factores de riesgo de sangrado incluido un control estricto del INR, pero no está contraindicada la anticoagulación, solo se debe realizar con precaución.^{1,7,17}

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado el autor es la opinión que la gran mayoría de nuestros pacientes era tributaria de tratamiento anticoagulante lo cual pudo haber evitado en muchos de ellos el ictus isquémico con probabilidades de sangramiento secundario al uso de la anticoagulación.

En el 46.87% de los pacientes se presentan con una FA diagnosticada por primera vez durante el ingreso con el ictus isquémico lo cual es expresión de una pesquisa insuficiente de esta arritmia en la atención primaria a pesar de ser fácil de sospechar por las alteraciones del pulso y la auscultación cardiaca y ser confirmada por un electrocardiograma. En estudios realizados en otros países de Europa y América del norte esta es forma de presentación menos frecuente durante el ictus.^{1, 7,17} El 28.12% presentaba tratamiento antiagregantes como tratamiento antitrombótico y solo 6.25% llevaba tratamiento anticoagulante con ACO. Llama la atención que la mayoría de los pacientes no presentaba tratamiento antitrombótico previo y en la mayoría de los que lo presentaban era con antiagregantes plaquetarios a pesar de estar avalado por las guías de FA en la actualidad.^{1,7,17}

en los pacientes con FA y a pesar de la aparición en el mercado de nuevos anticoagulantes orales (inhibidores directos de la trombina y del factor X activado los AVK como la warfarina siguen teniendo una recomendación IA siempre y cuando el seguimiento con el INR sea adecuado.^{1, 2,19}

Está demostrado que la warfarina es más eficaz que el ácido acetilsalicílico para prevenir las complicaciones tromboembólicas. Un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados principales que comparan el tratamiento con

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

warfarina y con placebo, para la prevención de tromboembolia en pacientes con FA, ha demostrado que warfarina reduce el riesgo de ACV isquémico en 61%.

En dos estudios de cohortes de gran tamaño que sumaban 132.37216 y 170.292 pacientes con FA no valvular, se calcularon los índices CHA2DS2-VASc y HAS-BLED en cada paciente. El beneficio clínico neto de la warfarina quedó definido como el número de ACV sucedidos sin toma de warfarina menos el número de episodios de hemorragia intracraneal ocurridos con la toma de warfarina. En ambos estudios, la warfarina se asociaba con un beneficio clínico neto excepto si el índice CHA2DS2-VASc era 0. En pacientes con índice CHA2DS2-VASc de 1 o superior, el riesgo de ACV en ausencia de warfarina superaba el número de complicaciones hemorrágicas durante el tratamiento con este anticoagulante.

A pesar de los argumentos que justifican el tratamiento anticoagulante en los pacientes con FA con alto riesgo de embolismo e incluso con un riesgo moderado (CHA2DS2-VASc de 1) la indicación de este tratamiento no se realizó en la mayoría de los pacientes. En estudios reportados en otros países como España se alcanza un mayor porcentaje de pacientes con tratamiento anticoagulante que se aproxima al 70%.^{1,7,28}

CONCLUSIONES

En nuestro estudio predominaron los pacientes con ictus isquémico asociado a FA del sexo masculino, mayores de 75 años e hipertensos; la mayoría presentó un alto riesgo de embolismo con bajo riesgo de sangrado lo cual facilita la aplicación de la anticoagulación con poca probabilidad de sangramiento; sin embargo solo una escasa minoría de los paciente presentaba tratamiento anticoagulante con warfarina teniendo como causas principales el diagnóstico por primera vez de la FA durante el ingreso del paciente con el ictus isquémico, lo cual es expresión de deficiencia en la pesquisa de la arritmia y la indicación de antiagregantes plaquetarios que ya no es tratamiento antitrombótico establecido para pacientes con FA sin otras indicaciones específicas de estos fármacos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): the task force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J 2021;42: 373-498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>
2. Moreno LE, Hernández IT, Moreno R, et al. Fibrilación auricular en pacientes con ictus isquémico en Hospital Faustino Pérez. Año 2017 Revista

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

médica electrónica de Matanzas. Vol 40. Num 2(2018)

<https://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2636>.

3. Castaño DM, Campos MQ, Núñez AG. Historia de los anticoagulantes y su uso clínico en el presente. Revista Médica Sinergia. Vol.5 Num:2Feb 2020.

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/365>

4. Moreno LE, Hernández IT, Moreno R, et al. Conducta antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico. Hospital Faustino Pérez. Año 2017. RevMéd Electrón. 2018 May-Jun 40(3). <https://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2720/3879>

5. Svennberg E, Friberg L, Frykman V, Al-Khalili F, Engdahl J, Rosenqvist M. Clinical outcomes in systematic screening for atrial fibrillation (STROKESTOP): a multicentre, parallel group, unmasked, randomised controlled trial. Lancet 2021;398:1498–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01637-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01637-8)

6. Miranda Folch J, Vega Jiménez J, García Cuervo D, Díaz Albelo R, Cabeza Echevarría I, Caraballoso García L. Aproximación diagnóstica y terapéutica ante la fibrilación auricular. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017;39(6):1282-1296. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1816/3647>

7. Task Force Members: Isabelle C, Rienstra M, , Karina V et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. European Heart Journal (2024) 00, 1–101 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

8. Vega Candelario R, Vega Jiménez J. Alteraciones electrocardiográficas atípicas y estrategia invasiva en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST de alto riesgo. CorSalud, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 481-484, oct. 2020. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/505/1296>.

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

9. Sagris D, Georgiopoulos G, Pateras K, Perlepe K, Korompoki E, Milionis H, et al. Atrial high-rate episode duration thresholds and thromboembolic risk: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2021;10:e022487. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.022487>
10. Mannina C, Jin Z, Matsumoto K, Ito K, Biviano A, Elkind MSV, et al. Frequency of cardiac arrhythmias in older adults: findings from the subclinical atrial fibrillation and risk of ischemic stroke (SAFARIS) study. *Int J Cardiol* 2021;337:64–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2021.05.006>
11. Sgreccia D, Manicardi M, Malavasi VL, Vitolo M, Valenti AC, Proietti M, et al. Comparing outcomes in asymptomatic and symptomatic atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of 81,462 patients. *J Clin Med* 2021;10:3979. <https://doi.org/10.3390/jcm10173979>
12. Abu HO, Wang W, Otabil EM, Saczynski JS, Mehawej J, Mishra A, et al. Perception of atrial fibrillation symptoms: impact on quality of life and treatment in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2022;70:2805–17. <https://doi.org/10.1111/jgs.17954>
13. Kloosterman M, Crijns H, Mulder BA, Groenveld HF, Van Veldhuisen DJ, Rienstra M, et al. Sex-related differences in risk factors, outcome, and quality of life in patients with permanent atrial fibrillation: results from the RACE II study. *Europace* 2020;22: 1619–27. <https://doi.org/10.1093/europace/euz300>
14. Arbelo E, Aktaa S, Bollmann A, D'Avila A, Drossart I, Dwight J, et al. Quality indicators for the care and outcomes of adults with atrial fibrillation. *Europace* 2021;23:494–5. <https://doi.org/10.1093/europace/euaa253>
15. Bassand JP, Virdone S, Badoz M, Verheugt FWA, Camm AJ, Cools F, et al. Bleeding and related mortality with NOACs and VKAs in newly diagnosed atrial fibrillation: results from the GARFIELD-AF registry. *Blood Adv* 2021;5:1081–91. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.20200035>
16. Zuin M, Roncon L, Passaro A, et al. Risk of dementia in patients with atrial fibrillation: short versus long follow-up. A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36:1488–500. <https://doi.org/10.1002/gps.558260>
17. Ortigoza D, Aguinaga L, Bravo A et al. Guía 2023 de diagnóstico y tratamiento sobre la fibrilación auricular de la Federación Argentina de

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

Cardiología. Rev Fed Arg Cardiol. 2023; 52 (Suplemento 2): 4-33

www.revistafac.org.ar

18. Pokorney SD, Piccini JP, Stevens SR, Patel MR, Pieper KS, Halperin JL, et al. Cause of death and predictors of all-cause mortality in anticoagulated patients with nonvalvular atrial fibrillation: data from ROCKET AF. J Am Heart Assoc 2016;5: e002197. <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002197>

19. Andrade JG, Aguilar M, Atzema C, et al; Members of the Secondary Panel. The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. Can J Cardiol 2020; 36: 1847 - 1948.

20. Heidbuchel H, Dagres N, Antz M, Kuck KH, Lazure P, Murray S, et al. Major knowledge gaps and system barriers to guideline implementation among European physicians treating patients with atrial fibrillation: a European Society of Cardiology international educational needs assessment. Europace 2018;20:1919–28. <https://doi.org/10.1093/europace/euy039>

21. Benjamin EJ, Thomas KL, Go AS, Desvigne-Nickens P, Albert CM, Alonso A, et al. Transforming atrial fibrillation research to integrate social determinants of health: a national heart, lung, and blood institute workshop report. JAMA Cardiol 2023;8:182–91. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.4091>

22. Karlsson LO, Nilsson S, Bang M, Nilsson L, Charitakis E, Janzon M. A clinical decision support tool for improving adherence to guidelines on anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation at risk of stroke: a cluster-randomized trial in a Swedish primary care setting (the CDS-AF study). PLoS Med 2018;15:e1002528. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002528>

23. van den Dries CJ, van Doorn S, Rutten FH, Oudega R, van de Leur S, Elvan A, et al. Integrated management of atrial fibrillation in primary care: results of the ALL-IN cluster randomized trial. Eur Heart J 2020;41:2836–44. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa055>

24. Pinho-Gomes AC, Azevedo L, Copland E, Canoy D, Nazarzadeh M, Ramakrishnan R, et al. Blood pressure-lowering treatment for the prevention of cardiovascular events in patients with atrial fibrillation: an

I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy 2024

individual participant data meta-analysis. PLoS Med 2021;18:e1003599.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003599>

25. Elliott AD, Verdicchio CV, Mahajan R, Middeldorp ME, Gallagher C, Mishima RS, et al. An exercise and physical activity program in patients with atrial fibrillation: the ACTIVE-AF randomized controlled trial. JACC Clin Electrophysiol 2023;9:455–65.

<https://doi.org/10.1016/j.jacep.2022.12.002>

26. Nalliah CJ, Wong GR, Lee G, Voskoboinik A, Kee K, Goldin J, et al. Impact of CPAP on the atrial fibrillation substrate in obstructive sleep apnea: the SLEEP-AF study. JACC Clin Electrophysiol 2022;8:869–77.

<https://doi.org/10.1016/j.jacep.2022.04.015>

27. Cardoso R, Ternes CMP, Justino GB, Fernandes A, Rocha AV, Knijnik L, et al. Non-vitamin K antagonists versus warfarin in patients with atrial fibrillation and bioprosthetic valves: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2022;135:228–234.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.08.026>

28. Macaluso GP, Pagani FD, Slaughter MS, Milano CA, Feller ED, Tatoes AJ, et al. Time in therapeutic range significantly impacts survival and adverse events in destination therapy patients. ASAIO J 2022;68:14–20.

<https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001572>

29. Li XS, Deitelzweig S, Keshishian A, Hamilton M, Horblyuk R, Gupta K, et al. Effectiveness and safety of apixaban versus warfarin in non-valvular atrial fibrillation patients in “real-world” clinical practice. A propensity-matched analysis of 76,940 patients. Thromb Haemost 2017;117:1072–82.

<https://doi.org/10.1160/TH17-01-0068>

30. Castaño DM, Campos MQ, Núñez AG. Historia de los anticoagulantes y su uso clínico en el presente. Revista Médica Sinergia. Vol.5 Num:2Feb 2020.

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/365>

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

**I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz
Monroy 2024**