

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles  
Sede Carabobo

### ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTE EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". JUNIO - DICIEMBRE 2015.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

**ARTUÑO N., YOHANNI B**  
C.I. V – 18938937

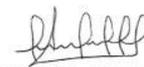
Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los veintiún días del mes de octubre del año dos mil dieciséis.

  
**Prof. Darío Saturno (Pdte)**  
C.I. 4863222  
Fecha 21-10-16

  
**Prof. Haydeé Oliveros**  
C.I. 370515988  
Fecha 21-10-20



  
**Prof. José L. Herrera**  
C.I. 9.445.736  
Fecha 21-10-2016

TG: 27-16



TG-CS: 27-16

**ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO**

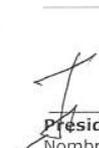
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

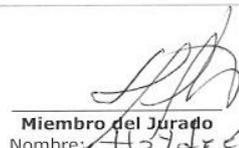
**"RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTE EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". JUNIO - DICIEMBRE 2015."** Presentado por el (la) ciudadano (a): **ARTUÑO N., YOHANNI B** titular de la cédula de identidad N° **V-18938937**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 14-10-16 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 21-10-16.

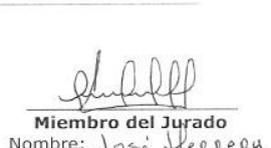
**RESOLUCIÓN**

Aprobado:  Fecha: 21-10-16. \*Reprobado:  Fecha: \_\_\_\_\_.

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  
**Presidente del Jurado**  
Nombre: Ugo Stefan  
C.I. 485322

  
**Miembro del Jurado**  
Nombre: Oliveros  
C.I. 3025988

  
**Miembro del Jurado**  
Nombre: José Herrera  
C.I. 9.445.736

**Nota:**

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. \*En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

**RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES  
CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTE EL USO DE  
ANTICOAGULANTES ORALES. CIUDAD HOSPITALARIA  
“DR. ENRIQUE TEJERA”. JUNIO – DICIEMBRE 2015.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES  
CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTE EL USO DE  
ANTICOAGULANTES ORALES. CIUDAD HOSPITALARIA  
"DR. ENRIQUE TEJERA". JUNIO – DICIEMBRE 2015.**

**AUTORA: YOHANNI ARTUÑO**

VALENCIA, 21 DE OCTUBRE DE 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES  
CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTE EL USO DE  
ANTICOAGULANTES ORALES. CIUDAD HOSPITALARIA  
“DR. ENRIQUE TEJERA”. JUNIO – DICIEMBRE 2015.**

**AUTORA: YOHANNI ARTUÑO  
TURORA: DRA. DERIKA LOPEZ**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
INTERNA**

VALENCIA, 21 DE OCTUBRE DE 2016

## ÍNDICE GENERAL

	<b>pp</b>
Índice de Figuras y tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	1
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
Presentación y Análisis de los Resultados.....	10
Discusión.....	13
Conclusiones y Recomendaciones.....	15
Referencias Bibliográficas.....	16
Anexos.....	18

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Distribución de frecuencia de las comorbilidades asociadas a la Fibrilación auricular.....	<b>pp</b> 20
Figura 2: Distribución de frecuencia del patrón clínico de presentación de la fibrilación auricular.....	21
Figura 3: Estratificación de pacientes con FA según el riesgo tromboembólico alto y frecuencia del uso de terapia antitrombótica.....	22
Tabla 1: Distribución de frecuencia del tipo de antiarrítmico, anticoagulante o antiagregante plaquetario para el control de la FA.....	23
Tabla 2: Distribución de frecuencia del riesgo tromboembólico y riesgo hemorrágico en los pacientes con Fibrilación auricular.....	24
Tabla 3: Relación entre el nivel de riesgo tromboembólico y hemorrágico en los pacientes con Fibrilación auricular.....	25

**RIESGO TROMBOEMBOLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES  
CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTE EL USO DE  
ANTICOAGULANTES ORALES. CIUDAD HOSPITALARIA  
“DR. ENRIQUE TEJERA”. JUNIO – DICIEMBRE 2015.**

Autora: Yohanni Artuño

Año: 2016

**RESUMEN**

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia que se observa con mayor frecuencia y es la primera causa de embolismo cerebral, por lo que reducir el riesgo tromboembólico mediante fármacos anticoagulantes es una de las bases fundamentales del tratamiento. **Objetivo:** Evaluar el riesgo tromboembólico y hemorrágico en pacientes con FA ante el uso anticoagulantes orales, en los servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo Junio – Diciembre 2015. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo y observacional, diseño no experimental y transversal, donde se estratificaron 60 pacientes con FA según los riesgos tromboembólico y hemorrágico aplicando las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS BLED. **Resultados:** 55% eran del sexo masculino, con edad promedio de 69 ±10,5 años. El patrón clínico de FA más frecuente fue el paroxístico. La Hipertensión arterial fue la comorbilidad asociada más prevalente (86,7%). El 95% de los pacientes tenía alto riesgo tromboembolico (n=57) de los cuales 5 pacientes recibían ACO y 37 ninguna terapia antitrombótica, 5% exhibió riesgo moderado. En cuanto al riesgo hemorrágico, 40% tenía alto riesgo, un 58,3% riesgo moderado y 1 paciente bajo riesgo. No hubo asociación estadísticamente significativa ( $\text{Chi}^2= 2,105$ ;  $p=0,147$ ). **Conclusiones:** Predominó el sexo masculino y la edad promedio de 69 ±10,5 años. El riesgo tromboembólico, fue alto (95%), sin embargo una considerable proporción, también presentó alto riesgo hemorrágico. El uso de anticoagulantes orales en pacientes con indicación de recibirlos fue sub-optimo. Las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS-BLED son herramientas fáciles de aplicar y con importante valor pronostico.

**PALABRAS CLAVE:** Fibrilación auricular, Riesgo tromboembolico, Riesgo hemorrágico, escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, escala HAS-BLED.

# THROMBOEMBOLIC AND HEMORRHAGIC RISK IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION TO USE ORAL ANTICOAGULANT. CITY HOSPITAL "DR. ENRIQUE TEJERA ". JUNE - DECEMBER 2015.

Autora: Yohanni Artuño  
Año: 2016

## ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the arrhythmia most often seen and is the leading cause of cerebral embolism, so reducing thromboembolic risk by anticoagulant drugs is one of the fundamental bases of the treatment. **Objective:** Evaluate the thromboembolic and bleeding risk in patients with AF before the oral anticoagulant use, inpatient services of Internal Medicine City Hospital "Dr. Enrique Tejera "in period June – December 2015 period. **Methodology:** descriptive and observational, non-experimental and cross-sectional design, where 60 patients with FA were stratified according to thromboembolic and hemorrhagic risks applying CHA2DS2-VASc and HAS-BLED scales. **Results:** 55% were male, mean with average age of  $10.5 \pm 69$  years. The most frequent clinical pattern of AF was paroxysmal. Hypertension was the most prevalent comorbidity (86.7%). 95% of patients had high thromboembolic risk ( $n = 57$ ) of which 5 ACO and 37 patients received no antithrombotic therapy 5% exhibited moderate risk. As for the risk of bleeding, 40% had high risk, moderate risk 58.3% and 1 patient at risk. There was no statistically significant association ( $\text{Chi } 2 = 2.105; p = 0.147$ ). **Conclusions:** Predominant male and the average age of  $69 \pm 10.5$  years. Thromboembolic risk was high (95%), however a significant proportion, also had a high risk of bleeding. The use of oral anticoagulants in patients with indication to receive them was sub-optimal. The CHA2DS2-VASc and HAS-BLED scales are easy tools to apply and with important prognostic value.

**KEYWORDS:** Atrial fibrillation, thromboembolic risk, Haemorrhagic risk, CHA2DS2-scale VASc, HAS-BLED scale.

## INTRODUCCION

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia que se observa con mayor frecuencia en la práctica clínica. Se define como una taquiarritmia supraventricular caracterizada por una activación auricular rápida, entre 400 y 700 ciclos por minuto, de forma desorganizada con el consecuente deterioro de la mecánica auricular<sup>1</sup>. Al electrocardiograma se distingue por una actividad auricular caótica, ausencia de ondas P, y en su lugar se encuentran las ondas fibrilatorias (f), intervalo R-R variable y alternancia eléctrica<sup>2</sup>.

La FA se considera una de las epidemias cardiovasculares crecientes en el siglo XXI, su prevalencia estimada a nivel mundial es de aproximadamente 1,5-2% de la población general<sup>3</sup>, afectando aproximadamente a 3 millones de estadounidenses y a más de 6 millones de personas en el continente europeo<sup>2</sup>. En Latinoamérica se calcula que 5,5 a 11 millones de personas están afectadas por esta patología<sup>4</sup> y en Venezuela para el año 2013, se informó que 230.000 personas la padecían<sup>5</sup>.

Sus consecuencias a largo plazo cambian considerablemente en relación con el sexo; y aunque el riesgo de FA es mayor en los hombres que en las mujeres, en casi todas las edades, las cifras suelen equilibrarse debido a la longevidad de las mujeres<sup>6</sup>. Esta arritmia representa la primera causa de embolismo cerebral y es la responsable del 15 al 20% de todos los accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos<sup>7</sup> por lo que precisamente, la reducción del riesgo embólico mediante el uso de fármacos anticoagulantes constituye una de las bases fundamentales en el tratamiento.

Múltiples estudios han demostrado las ventajas de los anticoagulantes orales (ACO), sin embargo, en la práctica diaria se evidencia un limitado uso de ellos<sup>8</sup>. Evidentemente el uso de ACO debe iniciarse después de realizar un análisis cuidadoso entre el riesgo de embolismo y el de sangrado.

En la CHET se maneja una gran cantidad de pacientes portadores conocidos y no conocidos de esta arritmia. En el ejercicio diario no es frecuente conseguir que estos pacientes se encuentren recibiendo de manera adecuada anticoagulación oral profiláctica, probablemente debido a ciertas dudas y temores que genera la dificultad en el control de algunos medicamentos y por el posible riesgo hemorrágico al usarlos<sup>9</sup> y también posiblemente a que muchos pacientes haciendo uso de la información obtenida emplean por su cuenta terapias inadecuadas, no acorde con el riesgo embólico o hemorrágico individual.

Por tanto, el conocimiento y la puesta en práctica de la estratificación del riesgo tromboembólico y el riesgo de hemorragias en los pacientes con FA resulta fundamental, a fin de evitar complicaciones que repercutan de manera definitiva en la vida de estos. Por esto es necesario mejorar las técnicas en cuanto a diagnóstico, prevención y tratamiento de esta patología. En este sentido, la presente investigación trae consigo el beneficio de servir como referencia para futuras investigaciones

Ante todo lo expuesto, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de riesgo tromboembólico en los pacientes que cursan con fibrilación auricular, y cuál es el riesgo de hemorragias que exhiben ante el uso de la terapia anticoagulante oral, en los servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en Valencia, Edo. Carabobo, en el periodo Junio – Diciembre 2015?

Montes de Oca et al,<sup>10</sup> caracterizaron a 49 pacientes con FA y estimaron el riesgo de fenómenos tromboembólicos usando la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS. Concluyeron que predominó el sexo femenino y el grupo etario comprendido entre 70 y más años. El patrón clínico persistente, fue el más frecuente, la HTA fue la comorbilidad asociada mayormente

observada y la Amiodarona fue la opción terapéutica más utilizada. Preponderó el riesgo tromboembólico moderado y se utilizó anticoagulación oral en la mayoría de los pacientes con riesgo moderado y elevado.

Asimismo Cortez et al<sup>8</sup>, evaluaron la seguridad de los nuevos anticoagulantes orales, comparados con los Antagonistas de la Vitamina K (AVK), utilizando la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Determinaron que la serie fue muy corta y debía ampliarse en cuanto al número de enfermos y tiempo de seguimiento. La tasa de mortalidad fue de 5.1% y la incidencia de ACV fue muy alta en comparación con sus antecedentes; lo mismo se observó con las diátesis hemorrágicas, y determinaron que los antagonistas directos de la trombina y del factor Xa mostraron mejores resultados que los AVK en números absolutos, pero sin significación estadística.

Por su parte Shavadia J et al<sup>11</sup>, realizaron un estudio cuyo propósito fue conocer la epidemiología, presentación clínica y consecuencias de la FA y el Flutter auricular, así como el estado de anticoagulación de los pacientes utilizando la escala CHADS<sub>2</sub>. Determinaron que las características clínicas de la FA en Kenia fueron similares a los obtenidos de otras partes de África, y la FA no valvular resultó ser más predominante.

De igual manera, Jover E et al<sup>12</sup>, evaluaron la utilidad del esquema CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc para predecir la evolución cardiovascular adversa y mortalidad en pacientes con FA tratados con anticoagulantes orales. Concluyeron que en los pacientes con FA de alto riesgo tratados con anticoagulación oral, la escala de riesgo CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc predice satisfactoriamente los eventos cardiovasculares y la mortalidad, pero no las hemorragias mayores<sup>12</sup>.

Gallego M<sup>13</sup>, estudió el poder predictivo de las principales escalas de riesgo, así como nuevos biomarcadores que permitieran una mejor estratificación, en 965 pacientes con FA no valvular en tratamiento anticoagulante oral crónico estable, concluyendo que el CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

es un buen predictor de eventos cardiovasculares adversos, y que el HAS-BLED es de gran utilidad para predecir la hemorragia grave, en una gran cohorte de pacientes consecutivos con Acenocumarol.

Se han propuesto 3 mecanismos que explican el origen de la FA, como la presencia de múltiples ondas de excitación con la activación continua de los atrios por múltiples frentes de onda, que se autolimitan y separan para formar ondas hijas que se eternizan. Otra teoría incluye grupos de células auriculares con capacidad de iniciar o mantener impulsos, que excitan de forma irregular y rápida el resto de las aurículas. Y la presencia de microcircuitos que suelen ubicarse cerca del orificio de las venas pulmonares; que se comportan como especie de rotores, que generan frentes de excitación, y al interaccionar con ciertas áreas no excitables, se fragmentan y dan origen a nuevas ondas de propagación desordenadas.<sup>14</sup>.

Ciertos factores de riesgos y comorbilidades están asociados a la FA, como la edad y la HTA la cual representa el determinante más prevalente de la FA, esto debido a su alta frecuencia, estimándose que aproximadamente un 50% de los pacientes con esta arritmia son hipertensos. Es importante también, la asociación entre FA y la insuficiencia cardiaca, ya que cualquiera de las dos puede conducir a la otra<sup>15</sup>.

También existe una clara relación entre la enfermedad valvular y FA; debido a que cualquier valvulopatía, puede estar asociada a esta arritmia. De igual manera, se ha visto relacionado con otras patologías y condiciones médicas, como la cardiopatía isquémica, la disfunción tiroidea, la obesidad, la Diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad renal crónica<sup>16</sup>.

La FA se clasifica según su presentación y duración en: Paroxística, aquella que termina de forma espontánea o con intervención dentro de los 7 días de su aparición y los episodios pueden repetirse con frecuencia variable. FA persistente, cuando se extiende por más de 7 días. FA persistente de larga duración, aquella de más de 12 meses de duración.

FA permanente, se considera cuando el paciente y el médico de manera conjunta deciden detener cualquier nuevo intento de restaurar y/o mantener el ritmo sinusal y FA no valvular, aquella que aparece en ausencia de afectación valvular<sup>17</sup>.

La clínica puede ser sintomática o asintomática. Los síntomas más frecuentes son palpitaciones, mareos, disnea, dolor torácico, síncope y astenia. El pulso arterial es completamente irregular, rápido y deficitario, el primer ruido cardiaco varia en intensidad y en el pulso venoso yugular destaca la ausencia de ondas a. El diagnóstico de esta arritmia en primera instancia, es clínico y se confirma mediante la realización de un electrocardiograma. Otro método diagnóstico es el Holter del ritmo<sup>18</sup>.

Antes de iniciar la anticoagulación oral, es importante estratificar el riesgo trombotico y también el riesgo hemorrágico. Dentro de los esquemas de estratificación, destaca la escala CHADS2, cuyas siglas en ingles denotan: Insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, edad, diabetes e ictus, el cual posteriormente se redefinió al actual CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, que incluyó otros factores de riesgo como la edad de 65-74 años, la enfermedad arterial coronaria y la enfermedad arterial periférica, otorgando 2 puntos a la edad mayor de 75 años y al antecedente de ACV previo y 1 punto al resto.<sup>19</sup>

En esencia esta escala sugiere que los pacientes con puntaje de 0 podrán recibir ácido acetilsalicílico (ASA) o no recibir terapia antitrombótica (preferible esto último); aquellos con puntuación de 1 deberán recibir ASA o (ACO) (preferiblemente esto último) y con 2 o más puntos, deberán recibir ACO<sup>19</sup>.

Por su parte el HAS-BLED constituye una escala pronostica de riesgo hemorrágico en pacientes con anticoagulación oral, y valora parámetros como la hipertensión, función renal y hepática anormal, ACV previos, historia o predisposición de sangrado, INR lábil, edad >65 años, uso de fármacos que predispongan a hemorragias y abuso alcohol. Una puntuación de 0 a 2 implica un riesgo bajo a moderado y un puntaje mayor a 3 indica riesgo elevado de sangrado con ACO, por lo que se

deben usar con extrema precaución o evaluar la posibilidad de emplear otras alternativas terapéuticas.<sup>20</sup>

El tratamiento de la FA depende del tiempo de evolución de la misma, inicio de los síntomas, de su gravedad, y de la presencia o no de cardiopatías estructurales. Los objetivos principales del tratamiento comprenden controlar la frecuencia cardíaca, reestablecer y mantener el ritmo sinusal, y cuando así este indicado la profilaxis de tromboembolismos. Dentro de los fármacos más usados, destacan los Betabloqueantes, seguidos de los Calcioantagonistas no dihidropiridínicos, la Digoxina, y la Amiodarona.<sup>19</sup> Una intervención temprana en el control del ritmo puede evitar progresión de la FA, y mejorar los síntomas y la calidad de vida de algunos pacientes.

Por su parte el riesgo tromboembólico en los pacientes con FA puede disminuirse mediante el tratamiento antitrombótico. Los AVK son fármacos con eficacia comprobada en la prevención de embolia sistémica y ACV. Sin embargo, su uso está relacionado con probabilidades de complicaciones hemorrágicas y una serie de elementos que limitan su aplicación<sup>21</sup>.

Recientemente ha surgido un nuevo grupo de fármacos que se presentan como una alternativa cómoda, segura y eficaz en comparación con los AVK. Dentro de este grupo destacan el Dabigatran, el cual es un inhibidor directo competitivo y reversible de la trombina, mientras que el Rivaroxaban es un inhibidor indirecto del factor Xa que interrumpe las vías intrínseca y extrínseca de la coagulación inhibiendo la formación de trombos<sup>21</sup>. La selección de la mejor opción terapéutica debe ser individualizada, pues depende de la edad, las comorbilidades, la calidad de vida y la situación económica de cada paciente con la finalidad de evitar complicaciones a futuro.

## **Objetivo general**

Evaluar el riesgo tromboembólico y hemorrágico en los pacientes con fibrilación auricular ante el uso anticoagulantes orales, en los servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), en Valencia, Edo. Carabobo en el periodo Junio – Diciembre 2015

## **Objetivos específicos**

Caracterizar a los pacientes con fibrilación auricular según edad, sexo y comorbilidades asociadas más frecuentes.

Caracterizar a los pacientes con fibrilación auricular según los patrones clínicos de presentación y opciones terapéuticas utilizadas.

Estratificar a los pacientes con fibrilación auricular según el riesgo tromboembólico utilizando la escala de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y frecuencia del uso de terapia anticoagulante oral profiláctica

Estratificar a los pacientes con fibrilación auricular según el riesgo hemorrágico al emplear terapia anticoagulante oral usando la escala HAS BLED.

Identificar la opción terapéutica adecuada, para cada paciente en base a su perfil de riesgo tromboembólico y hemorrágico.

## METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarcó en el paradigma empírico/analítico con una matriz epistémica positivista, utilizando el método científico; fue de tipo descriptivo y observacional, con un diseño no experimental y transversal.

La población estuvo constituida por todos los pacientes con FA que ingresaron a los servicios de hospitalización de Medicina interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, ubicado en Valencia, Edo. Carabobo y la muestra fue circunstancial no probabilística de forma voluntaria y estuvo conformada por 60 pacientes con FA que ingresaron a los servicios prenombrados, del referido hospital en el periodo comprendido entre Junio – Diciembre 2015, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se definieron como criterios de inclusión: a) Padecer de Fibrilación auricular, independientemente del tipo y tiempo de duración de la misma, b) Ser mayor de 18 años y de cualquier sexo c) Se incluyeron a todos los pacientes con dicha arritmia y con comorbilidades asociadas independientemente del tipo, y d) a todos aquellos pacientes quienes a través del consentimiento informado (Anexo A) desearon participar en este estudio. En cuanto a los criterios de exclusión: a) pacientes con otro tipo de arritmia y b) y aquellos que no desearon participar en la investigación.

La técnica empleada fue la observación y el instrumento una ficha de registro (Anexo B) que incluía: parte I: Datos del paciente; Parte II que incluía antecedentes patológicos (comorbilidades asociadas). Parte III en la que se precisaba el patrón clínico de presentación de la FA. Una parte IV con el tratamiento que recibía el paciente (Antiarrítmicos, antitrombóticos u otros). Parte V: en la que se determinó el riesgo tromboembólico mediante la aplicación de la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y número VI en la que se evaluó el riesgo hemorrágico mediante el HAS BLED.

El procedimiento estuvo dado por la lectura y análisis de un electrocardiograma de 12 derivaciones realizado con un electrocardiógrafo marca Cardiocid BB, al ingreso del paciente al centro asistencial, con la finalidad de determinar la muestra. Luego se procedió a solicitar el consentimiento informado de cada uno de los pacientes. Se recogió la información pertinente mediante el interrogatorio a los pacientes o familiares, y se plasmó en la ficha de registro. Una vez completada dicha ficha, se aplicaron las escalas de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS BLED.

Para realizar el análisis estadístico, se calcularon estadísticos descriptivos (promedios, desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas) a todas las variables. Para conocer la distribución de las variables continuas se utilizó la prueba de Shapiro Wilk. Para las variables de distribución normal, se aplicó la prueba paramétrica "t" de Student para muestras independientes.

Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para establecer asociación entre variables categóricas. Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico PAST (software libre) versión 3.12 para Windows. El nivel de significación estadística establecido fue  $p < 0,05$

## RESULTADOS

Se evaluaron 60 pacientes que cursaban con FA en los servicios de hospitalización de Medicina Interna de la CHET, con edades comprendidas entre 44 y 89 años, con un promedio  $69 \pm 10,5$  años. Se caracterizaron según el género y se observó que, el 55% (n=33) eran del género masculino. Se encontró que el promedio de edad en las mujeres fue ligeramente superior ( $71,3 \pm 11,3$  años) que en los hombres ( $67,2 \pm 9,7$  años). Sin embargo, en ambos géneros las diferencias en la edad no fueron estadísticamente significativas ( $p=0,130$ ).

La Hipertensión arterial fue la comorbilidad asociada más prevalente observándose que un 86,7% (n=52) de los pacientes estudiados eran hipertensos. Se identificaron otras patologías relacionadas como las cardiopatías estructurales (60,0%; n=36) y los ACV (30,0%; n=18). En cuarto lugar se ubicaron la Diabetes mellitus y la obesidad (23,3%; n=14 respectivamente). En menor proporción las enfermedades pulmonares (15,0%; n=9), las renales (13,3%; n=8) y la disfunción tiroidea, tal como el hipertiroidismo (3,3%). (**Figura 1**)

La cardiopatía estructural, más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (75,0%; n=36) seguida de la cardiopatía isquémica (11,1% n=4). Respecto a los ACV, su totalidad correspondió a Ictus isquémico (n=18; 100%). En cuanto a conocerse portadores de FA, 36 pacientes (60%) estaban en conocimiento y 24 (40%) eran portadores y lo desconocían. De acuerdo al patrón clínico de presentación de la FA, se obtuvo: FA paroxística 48,3% (n=29), permanente 36,7% (n=22), persistente 8,3% (n=5) y persistente de larga duración 6,7% (n=4) (**Figura 2**)

De la muestra, solo 39 pacientes (65,0%) recibían medicación para su control y se observó que el 43,6% (n=17) usaban antiarrítmicos, el 17,9% (n=7) usaban de manera combinada antiarrítmicos y ACO, el 12,8% (n=5) combinaban antiarrítmicos con ASA, el 15,4% (n=6) solamente usaban ASA, el 7,7% (n=3) antiarrítmicos con Clopidogrel; y un paciente usaba únicamente Clopidogrel (2,6%). La Amiodarona fue el medicamento más

utilizado (n=19; 59,4%), en segundo lugar la Digoxina (n=5; 15,6%). En menor proporción se usó el Carvedilol (n=2; 6,3%) el Bisoprolol y el Atenolol (n=1; 3,1% respectivamente) Adicionalmente, 4 pacientes recibían antiarrítmicos de manera combinada. (**Tabla 1**).

Con relación al tratamiento antitrombotico se observó que de los 22 pacientes que los recibían, la mitad (n=11; 50,0%) utilizaba ASA, el 31,8% (n=7) recibían algún tipo de ACO (Warfarina, Dabigatran y Rivaroxaban) y el 18,2% (n=4) utilizaba Clopidogrel. El ACO más frecuente fue el Rivaroxaban (n=3; 13,6%), seguido de Warfarina y Dabigatran (n=2; 9,1% respectivamente).

Al aplicar el CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc para evaluar el nivel de riesgo tromboembolico se observó que el 95% (n=57) de estos pacientes tenían un alto riesgo; y solo el 5% (n=3) tenían riesgo moderado. No existió ningún caso con bajo riesgo (**Tabla 2**). De los 57 pacientes con alto riesgo tromboembólico, solo 5 pacientes recibían ACO (8,3%), 11 pacientes recibían ASA (18,3%) y 4 (6,7%) recibían Clopidogrel. Destacando que de los 57 pacientes con alto riesgo tromboembólico, 37 (61,7%) no recibía ninguna terapia antitrombotica. (**Figura 3**)

Cuando se utilizó la escala HAS-BLED para evaluar el riesgo hemorrágico, se observó que un 40% (n=24) tenía alto riesgo, un 58,3% con riesgo moderado (n=35); y solo 1 paciente presentó bajo riesgo (**Tabla 2**). Al comparar ambos riesgos se observó que de los 57 pacientes con alto riesgo tromboembólico, 24 pacientes (40,0%) también tenían alto riesgo hemorrágico. A pesar del hallazgo, no se observó asociación estadísticamente significativa en ambos grupos ( $\text{Chi}^2 = 2,105$ ;  $p = 0,147$ ). (**Tabla 3**).

Se identificó la opción terapéutica adecuada para cada paciente y en consecuencia, de todos los pacientes evaluados, 36 (60%) tenían indicación de terapia anticoagulante y los 24 restantes (40%) estaba contraindicada. En relación a la opción terapéutica adecuada según escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS-BLED y la opción terapéutica que recibía cada paciente, se encontró que de los 36 pacientes que tenían indicación

de ACO, solo 5 pacientes (13,9%) estaban recibéndolos y 4 pacientes (11,1%) recibían Aspirina. El 75% restante (n=27) no recibían ninguna terapia antitrombótica a pesar de tener indicación.

En los 24 pacientes que no tenían indicación de tratamiento anticoagulante, se observó que 2 pacientes (8,3%) recibían ACO a pesar de tener alto riesgo hemorrágico. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $\text{Chi}^2=10,786$ ;  $p=0,012$ ) entre la indicación de terapia anticoagulante y lo que realmente recibían los pacientes.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se observó que el género predominante fue el masculino y la edad promedio de  $69 \pm 10,5$  años. El patrón clínico de presentación paroxístico de FA fue el más frecuente, lo que contrasta con el estudio realizado por Montes de Oca et al,<sup>10</sup> donde predominó el sexo femenino, el grupo etario de entre 70 y más años y la FA persistente.

Esta arritmia, está íntimamente asociada a ciertos factores de riesgo y a diversas comorbilidades y en este trabajo se observó que la HTA fue la comorbilidad más frecuentemente asociada a la FA, seguida por la insuficiencia cardíaca y los ACV, similar a lo evidenciado por Shavadia J et al,<sup>11</sup> donde la HTA fue la patología relacionada más común, seguido por la insuficiencia cardíaca y la Diabetes mellitus.

De los 60 pacientes estudiados, solo 39 (65,0%) recibían medicación para el control de la FA y su profilaxis, destacando la Amiodarona, seguida de la Digoxina. En cuanto al tipo de terapia antitrombótica, la mitad utilizaba ASA, el 31,8% recibía ACO y 18,2% utilizaba Clopidogrel y el ACO más usado fue el Rivaroxaban. Esto contrasta con lo evidenciado por el prenombrado autor, donde el medicamento más utilizado fue la Digoxina seguido de los Betabloqueantes, y la Amiodarona fue utilizada en menor proporción.

Además de esto, ellos en su estudio, categorizaron el riesgo de ACV mediante la escala CHADS<sub>2</sub>, resultando que el 64,7% de su muestra tenía puntuación  $\geq 2$ , de los cuales el 21,2% no recibía ningún tipo de ACO, y la mayoría usaba ASA. Sin embargo el 34,5% no usaba tratamiento alguno.

A diferencia de lo anterior, en el presente trabajo el score de riesgo utilizado fue la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, encontrándose que el 95% de los pacientes tenían alto riesgo, y el resto riesgo moderado; esto coincide con los resultados del trabajo realizado por Cortez J et al<sup>9</sup>, donde en una serie de 37 pacientes, solo 2 (5,5%) tenían puntaje CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 1 y

recibieron únicamente ASA, y el 94,5% (35) tenían puntaje  $\geq 2$  y recibieron ACO.

La estimación del riesgo tromboembólico, a través de la aplicación de estos scores, le permite al clínico tomar decisiones en relación a la terapia anticoagulante en los pacientes con FA, con el fin de evitar la aparición de eventos cardiovasculares. Sin embargo estas no predicen el riesgo hemorrágico de los pacientes, por lo que debe emplearse también escalas como el HAS-BLED cuando se plantea iniciar la anticoagulación oral.

Al aplicar el HAS- BLED, en la presente investigación, se observó un importante porcentaje de pacientes con alto riesgo hemorrágico (40%; n=24) un 58,3% con riesgo moderado (n=35); y solo 1 paciente con bajo riesgo. En su estudio Gallego María del P, encontró que el 49% de su muestra tenían un puntaje HAS-BLED de 2, seguido de un 22% con puntaje de 3 y 15% con 1 con punto, predominando el riesgo moderado y alto en esos sujetos.

En tal sentido, al asociar ambos riesgos se observó que de los 57 pacientes con alto riesgo tromboembólico, 24 pacientes también exhibieron alto riesgo hemorrágico, por lo que en esos últimos la terapia anticoagulante estaba contraindicada. A pesar del hallazgo, no se observó asociación estadísticamente significativa en ambos grupos. ( $\text{Chi}^2= 2,105$ ;  $p=0,147$ ).

Es importante destacar que el 75% de los pacientes que tenían indicación de ACO, no lo recibían y por otro lado 2 pacientes recibían anticoagulantes orales a pesar de tener alto riesgo hemorrágico. Por lo que se determinó diferencias estadísticamente significativas ( $\text{Chi}^2=10,786$ ;  $p=0,012$ ) entre la indicación de ACO y lo que realmente recibían los pacientes, es decir indicación inadecuada.

Lo anterior refleja que el manejo de esta patología en cuanto a prevención de fenómenos tromboembólicos y complicaciones cardiovasculares, fue inapropiado e insuficiente.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente estudio se concluyó que la FA fue más frecuente en el sexo masculino y que el promedio de la edad fue de  $69 \pm 10,5$  años. La forma clínica de presentación predominante fue la paroxística. Y la Hipertensión arterial fue la comorbilidad asociada más frecuente.

Se determinó que el riesgo tromboembólico en los pacientes con fibrilación auricular, fue alto (95%). Sin embargo una considerable proporción de los sujetos estudiados, también exhibió un alto riesgo hemorrágico, lo que pudiera justificar el temor en cuanto al empleo de dicha terapia y con esto, su falta de aplicación en la población general.

Se encontró que una gran parte de los sujetos estudiados estaban siendo tratados con el fin de controlar el ritmo y la frecuencia cardíaca, pero solo una pequeña parte recibía tratamiento anticoagulante, a pesar de tener clara indicación según las escalas, por lo que se pudo inferir que la estratificación y la evaluación del riesgo tromboembólico en este medio es ineficiente.

Las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS-BLED son herramientas fáciles de aplicar y con importante valor pronóstico, por lo que se recomienda su aplicación a todos los pacientes que cursan con FA, con el fin de valorar el riesgo tromboembólico y la estimación de riesgo hemorrágico, si se plantea iniciar terapia anticoagulante.

Se recomienda implementar estrategias dirigidas tanto a la población general, como al personal sanitario, en materia de educación y prevención de esta patología, así como la promoción de medidas de estilo de vida saludable en estos pacientes, a fin de evitar importantes repercusiones en la salud y complicaciones derivadas de esta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de fibrilación auricular. México 2011. ISBN: 978-607-7790-74-2.
- 2- Griffin B, Callahan T, Menon V. Manual de medicina cardiovascular. 4ta edición. Lippincott Williams y Wilkins. 2013.
- 3- Camm J, Lip G, De Caterina R, Savelieva I, Atara D, Hohnloser S, et al. Actualización detallada de las guías de la ESC para el manejo de la fibrilación auricular de 2012. Rev Esp Cardiol. 2013;66:54.e1-e24 - Vol. 66 Núm.01 DOI: 10.1016/j.recesp.2012.11.001. [citado el 5 de noviembre 2014] Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/actualizacion-detallada-las-guias-esc/articulo/90180911/>
- 4- Vanegas D. II simposio latinoamericano de fibrilación auricular. Sociedad Latinoamericana de estimulación cardiaca y electrofisiología de Colombia; Bogotá, Colombia 2011.
- 5- Contreras C. Fibrilación auricular afecta a 230 mil venezolanos. El Universal. 05 de Agosto 2013; Secc. Salud.
- 6- Pérez J, Del Castillo S. Fibrilación auricular en la mujer: análisis de la situación en España. Rev Esp Cardiol Supl. 2008; 8(D):38-41. - Vol. 8 Núm.Supl.D [citado el 5 de noviembre 2014] Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/fibrilacion-auricular-mujer-analisis-situacion/articulo/13127257/>
- 7- Avezum A, Cantú C, González J, Hills M, Lobban T, Massaro A, et al. Prevención de accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular ¿Cómo reducir los accidentes cerebrovasculares en Latinoamérica? Agosto 2011. ISBN 978-0-9568536-2-2.
- 8- Cortés J, Cortés de la T R. Fibrilación auricular. Estratificación, tratamiento con anticoagulantes y seguimiento. Med Int Méx 2014;30:133-139. Artículo original
- 9- Piera M. Día Nacional del paciente anticoagulado. Revista medicina Marzo 2012 [citado el 15 de Diciembre 2014] Disponible en: [http://www.medicina21.com/ArticulosV2969Dia\\_Nacional\\_del\\_paciente\\_anticoagulado.html](http://www.medicina21.com/ArticulosV2969Dia_Nacional_del_paciente_anticoagulado.html)
- 10-Montes de Oca S, Albert A. Fibrilación auricular en la Unidad de Vigilancia Coronaria Rev. Ciencias Médicas. Mayo.-jun, 2013; 17(3):49-58. ISSN: 1561-319. [citado el 12 de Noviembre 2014] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942013000300006&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942013000300006&script=sci_abstract)
- 11-Shavadia J, Yonga G, Mwanzi S, Jinah A. Características clínicas y los resultados de la fibrilación auricular y el aleteo en el Hospital de la Universidad Aga Khan, Nairobi. Cardiovasc J Afr. Mar 2013; 24(2): 6–9 [citado el 6 de Noviembre 2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23612946>
- 12-Jover E, Roldán V, Gallego P, Hernández D, Valdés M, Vicente V, et al. Valor predictivo de la escala CHA 2DS2-VASc en pacientes con fibrilación auricular de alto riesgo embólico en tratamiento

- anticoagulante. Rev Esp Cardiol. 2012;65:627-33. - Vol. 65 Núm.07  
DOI: 10.1016/j.recesp.2012.02.017.[citado el 5 de Noviembre 2014]  
Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/valor-predictivo-escala-cha-2ds2-vasc/articulo/90141410/>
- 13- Gallego M. Caracterización biológica y clínica del riesgo trombótico y hemorrágico de pacientes con fibrilación auricular no valvular bajo tratamiento anticoagulante oral. (tesis) Universidad de Murcia. 2013.
- 14-Cárdenas M. Fibrilación auricular. Archivos de cardiología México Vol. 77 Supl. 2/Abril-Junio 2007:S2, 9-13 [citado 23 de Noviembre 2014]  
Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/acs-2007/acs072c.pdf>
- 15-Camm J, Kirchhof P, Lip G, Ulrich U, Savelieva I. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular 2<sup>da</sup> edición Rev Esp Cardiol. 2010;63(12):1483.e1-e83 [citado 22 de Noviembre 2014]  
Disponible en [http://www.suc.org.uy/emcc2012/FASalto\\_2012\\_archivos/GuiasClinicasFA\\_ESC\\_2011.pdf](http://www.suc.org.uy/emcc2012/FASalto_2012_archivos/GuiasClinicasFA_ESC_2011.pdf)
- 16-Hernández Moreno J, Molina R, Ricote Belinchón M. Guía de Buena Práctica Clínica en Fibrilación auricular. Editorial International Marketing & Communication. Madrid 2005.
- 17-January C, Samuel W, Alpert J, Calkins H, Cleveland J, Cigarroa J, et al. Guía para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. J Am Coll Cardiol. 2014;(): doi:10.1016/j.jacc.2014.03.022 [citado 11 de noviembre 2014] Disponible en: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1854231>
- 18-Argente H, Álvarez M. Semiología médica. 1era Edición. Editorial panamericana Buenos Aires, Argentina 2007.
- 19- Consenso de fibrilación auricular. Sociedad Argentina de cardiología. Rev Arg cardiol. vol 83 supl 1. Marzo 2015
- 20-Soldevila J, Ruíz M, Robert I, Tornos P, Antoni Martínez-Rubio A. Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(C):9-13 - Vol. 13 Núm.Supl.C DOI: 10.1016/S1131-3587(13)70053-0 citado 02 de Diciembre 2014. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/evaluacion-riesgo-tromboembolico-hemorragico-los/articulo/90194338/>
- 21-Ciapponi A. Fibrilación auricular. Rev. Evidencia. Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 16 Núm 3: Mayo-Junio 2013.Disponible en [http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod\\_producto=367](http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=367)

**(Anexo A)****Consentimiento informado****A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Yo; \_\_\_\_\_ portador (a) de la Cedula de Identidad N° \_\_\_\_\_, por medio de la presente hago constar una vez conocidos los fines de la investigación denominada: **RIESGO TROMBOEMBOLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTE EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” JUNIO – DICIEMBRE 2015**, realizada por la Dra. Yohanni Artuño, para optar al título de Especialista en Medicina Interna, la autorizo para que recoja un electrocardiograma, datos y antecedentes personales, teniendo en cuenta que he leído y he sido informado (a) claramente que se garantiza la confidencialidad de la información suministrada. Al firmar este documento reconozco que lo he leído y que comprendo perfectamente su contenido. Afirmo mi deseo de participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
**(PACIENTE)**  
**CI.18.938.937**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Yohanni Artuño**  
**(INVESTIGADORA)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido (TESTIGO)**

Valencia \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

**(Anexo B)****FICHA DE REGISTRO**

Paciente N° \_\_\_\_\_

**Parte I. Datos personales.**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años

Sexo: F\_\_\_\_ M\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Parte II. Aspectos Patobiográficos: (ANTECEDENTES)**

HTA: \_\_\_\_\_ Diabetes mellitus: \_\_\_\_\_

Insuficiencia cardíaca: \_\_\_\_ Cardiopatía isquémica: \_\_\_\_ Cardiopatía congénita: \_\_\_\_ Enfermedad valvular: \_\_\_\_

ACV: Ictus isquémico: \_\_\_\_ Ictus hemorrágico: \_\_\_\_ Ataque isquémico transitorio: \_\_\_\_

Disfunción tiroidea: Hipertiroidismo: \_\_\_\_\_ Hipotiroidismo: \_\_\_\_\_

Obesidad: \_\_\_\_\_ Enfermedad pulmonar: \_\_\_\_\_ Enfermedad renal crónica: \_\_\_\_\_

**Parte III. Patrón clínico de presentación de la Fibrilación auricular.**

¿Se conocía portador de FA?: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

FA paroxística: \_\_\_\_\_ FA persistente: \_\_\_\_ FA persistente de larga duración: \_\_\_\_\_ FA permanente \_\_\_\_\_

**Parte IV. Tratamiento.**

¿Recibe algún tratamiento para el control de la FA?: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Amiodarona: \_\_\_\_\_ Betabloqueantes: \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Digoxina: \_\_\_\_\_ Warfarina: \_\_\_\_\_ Dabigatran: \_\_\_\_\_ Rivaroxaban: \_\_\_\_\_

**Parte V. Riesgo tromboembólico.**Insuficiencia cardíaca: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** Hipertensión: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** Edad > 75 años \_\_\_\_\_ **(2 puntos)** Diabetes: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** ACV o Accidente isquémico transitorio \_\_\_\_\_ **(2 puntos)** Sexo femenino: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** Edad entre 65 y 74 años: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ **(1 punto)** Enfermedad vascular: \_\_\_\_\_ **(2 puntos)** Puntaje: \_\_\_\_\_ Puntos

Riesgo bajo: \_\_\_\_\_ Riesgo moderado: \_\_\_\_\_ Riesgo alto: \_\_\_\_\_

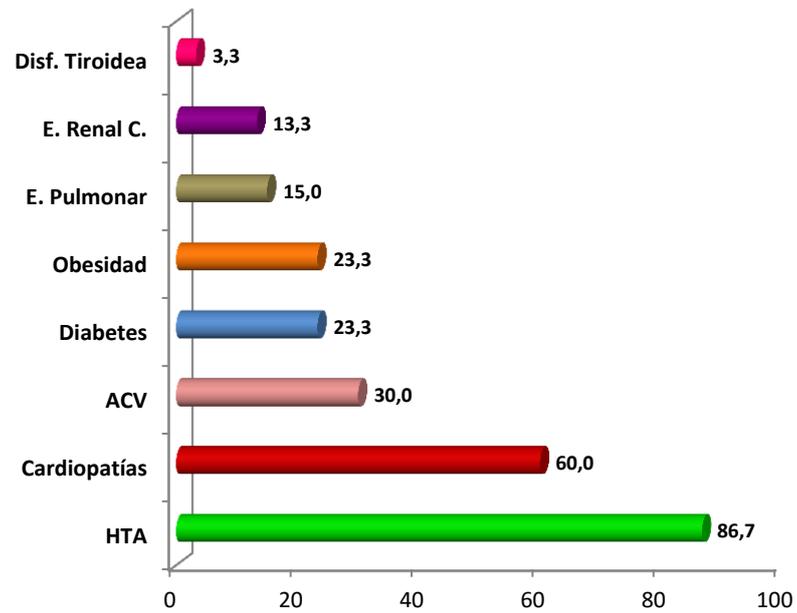
**Parte VI. Riesgo hemorrágico.**Hipertensión: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** Función hepática anormal \_\_\_\_\_ **(1 punto)**Función renal anormal: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** Antecedentes de ACV o sangrado: \_\_\_\_\_**(1 punto)** INR lábil: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** Edad avanzada (edad > 65 años) \_\_\_\_\_ **(1 punto)**

Uso de fármacos que promueven hemorragias: AINES: \_\_\_\_\_

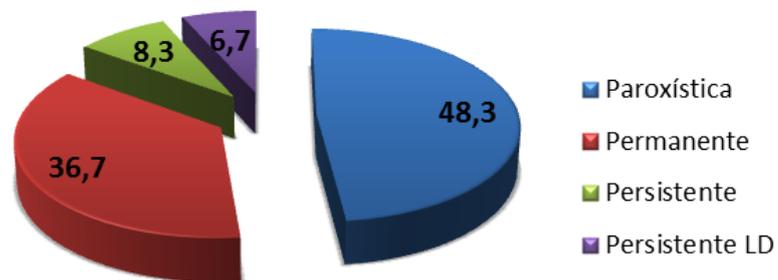
Antiplaquetarios: \_\_\_\_\_ **(1 punto)** Abuso de alcohol: \_\_\_\_\_ **(1 punto)**

Puntaje: \_\_\_\_\_ Puntos

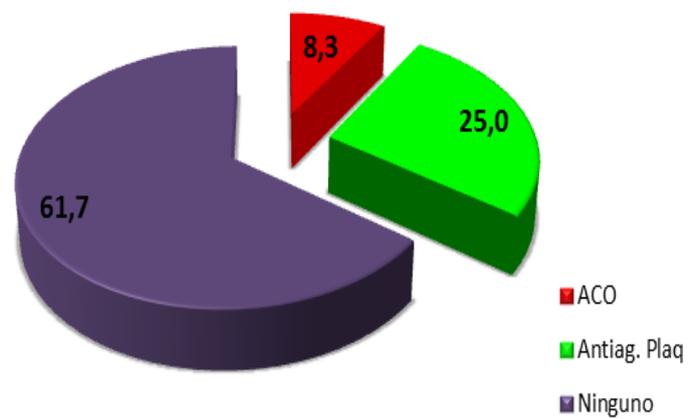
Riesgo bajo: \_\_\_\_\_ Riesgo moderado: \_\_\_\_\_ Riesgo alto: \_\_\_\_\_



**Figura 1.** Distribución de frecuencia de las comorbilidades asociadas a la FA en los pacientes que ingresaron a los servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. (n=60).



**Figura 2.** Distribución de frecuencia del patrón clínico de presentación de la fibrilación auricular, en pacientes que ingresaron a los servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (n=60).



**Figura 3.** Estratificación de los pacientes con fibrilación auricular según el riesgo tromboembólico alto utilizando la escala de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y frecuencia del uso de terapia antitrombótica (n=57).

**Tabla 1**

Distribución de frecuencia del tipo de antiarrítmico, anticoagulante o antiagregante plaquetario que recibían los pacientes evaluados para el control de la fibrilación auricular.

Tratamiento	Frecuencias	
	n	%
<b>Antiarrítmico</b>		
Amiodarona	19	59,4
Digoxina	5	15,6
Carvedilol	2	6,3
Amiodarona + Bisoprolol	2	6,3
Bisoprolol	1	3,1
Atenolol	1	3,1
Amiodarona + Carvedilol	1	3,1
Carvedilol + Digoxina	1	3,1
<b>ACO ó Antiag. Plaquetario</b>		
Warfarina	2	9,1
Dabigatran	2	9,1
Rivaroxaban	3	13,6
Aspirina	11	50,0
Clopidogrel	4	18,2

ACO: anticoagulantes

Antiag. Plaquetario: Antiagregante plaquetario

**Tabla 2**

Distribución de frecuencia del riesgo tromboembólico y riesgo hemorrágico en los pacientes con fibrilación auricular, que ingresaron a los servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (n=60).

Categoría	Riesgo	
	Tromboembólico n(%)	Hemorrágico n (%)
<b>Bajo</b>	0(0)	1(1,7)
<b>Moderado</b>	3(5,0)	35(58,3)
<b>Alto</b>	57(95,0)	24(40,0)
<b>Total</b>	60(100,0)	60(100,0)

**Tabla 3**

Relación entre el nivel de riesgo tromboembólico y hemorrágico en los pacientes con fibrilación auricular

<b>Riesgo tromboembólico</b>	<b>Riesgo hemorrágico</b>			<b>Total n(%)</b>
	<b>Bajo n(%)</b>	<b>Moderado n(%)</b>	<b>Alto riesgo n(%)</b>	
<b>Bajo</b>	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
<b>Moderado</b>	1(1,7)	2(3,3)	0(0)	3(5,0)
<b>Alto</b>	0(0)	33(55,0)	24(40,0)	57(95,0)
<b>Total</b>	1(1,7)	35(58,3)	24(40,0)	60(100,0)

Valores expresados como frecuencias absolutas y relativas.  
Chi<sup>2</sup> no significativo;  $p=0,147$ .