



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

TEMA:

MANEJO DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR CON ANTICOAGULANTES O ANTIAGREGANTES A TENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA EN HOSPITAL LENNIN ANTONIO FONSECA, DE NOVIEMBRE 2018 A NOVIEMBRE 2020.

Autor:

Dr. Juan José Altamirano Pérez
(Médico residente de medicina interna)
HEALF

Dra. Eddy luz Argeñal
(Especialista Medicina Interna)
HEALF

Managua, febrero 2021

Resumen

El manejo de los pacientes con fibrilación auricular no valvular atendidos en el servicio de cardiología y consulta externa de medicina del hospital Antonio Lenin Fonseca desde noviembre 2018 a noviembre 2020, en el cual se describen las características sociodemográficos y complicaciones cardioembolicas, se analizaron reacciones adversas, la edad, sexo, comorbilidades, tiempo de aparición de la fibrilación complicaciones por la FA, complicaciones por tratamiento, características clínicas y hallazgos asociados.

En un estudio descriptivo, se revisaron los expedientes de pacientes con el diagnóstico inicial de fibrilación a auricular, con el objetivo principal de evaluar el pronóstico

Los resultados se presentan mediante tablas de distribución de frecuencias, en las numéricas y con fines de descripción de la población en estudios.

Se obtuvo que en la mayoría de los expedientes en el 63 % de la población toman anticoagulante con el 65% no anti coagulados que presentan un INR menor a 2 obteniendo el 57.5%, la mayoría de estos pacientes acudieron menor a tres citas en el año 55%, por lo tanto, no estaban activos con sus respectivos exámenes y tratamiento.

Contenido

CAPITULO I GENERALIDADES	4
Introducción.....	4
Antecedentes.....	6
Justificación	8
Planteamiento del problema	10
Objetivos.....	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos.....	11
CAPITULO II	12
Marco Teórico	12
CAPITULO III.....	24
DISEÑO METODOLOGICO	24
Tipo de estudio.....	24
Área de estudio.....	24
Periodo	24
Universo:	24
Muestra.....	24
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	25
FUENTE DE INFORMACION	26
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	26
PLAN DE TABULACION Y ANALISIS	27
Lista de variables	28
Matriz de Operacionalizacion de las variables	31
CAPITULO V ANALISIS DE DATOS	36
Análisis de resultados	43
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA	47
CAPITULO VI.....	49

GRAFICOS49

CAPITULO I GENERALIDADES

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el manejo de los pacientes con fibrilación auricular no valvular que reciben anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios el cual nos permita visualizar el avance en la calidad de vida de los pacientes con cada uno de estos grupos de tratamiento.

Una vez realizado el diagnóstico estos pacientes recibieron tratamiento de acuerdo a la necesidad o no de anticoagulación o antiagregantes plaquetario, así mismo definir cuál es la estrategia terapéutica del control del ritmo o de la frecuencia es conveniente, hay que tener en cuenta algunos factores tales como: la edad, sexo, comorbilidades, tiempo de aparición de la fibrilación y complicaciones.

La terapia de anticoagulación ha demostrado una gran efectividad en la prevención de las enfermedades tales como el Accidente Cerebrovascular Cardio-embólico ocasionada por esta patología. Son múltiples los estudios que demuestran su beneficio. Sin embargo, existe también el uso de la aspirina que tiene menor riesgo de sangrado, de ACV y menos riesgos de otros eventos por la fibrilación auricular.

La FA es la arritmia cardíaca más frecuentemente observada en la práctica clínica demostrándose que en el hospital Antonio Lenin Fonseca cada día más aumenta casos de pacientes con esta patología.

La FA representa, por tanto, la primera causa de ictus cardioembólico en la práctica diaria, y supone una causa de ictus prevenible de la mayor relevancia en las estrategias de

prevención y promoción de la salud a nivel poblacional, el cual es el objetivo del personal médico en el Lenin Fonseca para que los pacientes tengan una mejor calidad de vida.

Tomando en cuenta lo antes mencionado se decide realizar este estudio en el hospital Antonio Lenin Fonseca de tipo descriptivo, donde se describen edad, sexo, reacciones adversas, complicaciones por fibrilación auricular, complicaciones por cada grupo de medicamento, y determinación del INR.

Antecedentes

A Nacionales:

En el presente estudio se abordó el tema comportamiento clínico de los pacientes con fibrilación auricular en Hospital Escuela Cesar Amador de Matagalpa en el periodo 2013-2018 con el objetivo de analizar el comportamiento clínico de estos pacientes. Para este fin fueron analizados los datos acerca de las características sociodemográficas, y los antecedentes personales, las características clínicas y electrocardiográficas, así como el manejo recibido. Los métodos de análisis estadísticos utilizados fueron: distribución de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión, la prueba chi cuadrado, prueba de correlación de Spearman, Pearson y de Kendall, pruebas de hipótesis como las pruebas apareadas y desapareadas y pruebas no paramétricas. Como el resultado de análisis y discusión de los resultados se obtuvieron los siguientes; el sexo femenino el de mayor predominio con un 58 %, las edades más frecuentes estuvieron entre los 60 y 70 años en un 21 %, un 78 % provienen de áreas urbanas.

Los antecedentes más frecuentes fueron HTA y las cardiopatías, ambas con 65 % al ingreso los síntomas más frecuentes fueron disnea, las palpitaciones y el mareo. La frecuencia cardíaca promedio al ingreso fue de 78 a 99 y 89 a 110 (ECG) y al egreso fue 75 a 80 latidos por minutos. El motivo de ingreso más frecuente fue ICC CON 37 % y un 86% CHA2DS-VAS >2 y un 56 % tenía una puntuación de HASBLED DE > 3.

Los betabloqueantes y la digoxina fueron fármacos antiartríticos más utilizados. un 54 % recibió tratamiento anticoagulante destacado HNF con un 35 % y la warfarina 13.2% un 62 % logro control de ritmo y un 89 % control de la frecuencia

A Nivel internacional:

En Castellón de la plana en el año 2017 el control de calidad dela anticoagulación con AVK en los pacientes del Departamento de salud de Castellón. El 35 % de los pacientes presentan un mal control, lo que sugiere la posible existencia de cierta inercia terapéutica ante el paciente controlado con AVK. los resultados reflejan una baja prescripción de anticoagulantes orales directos en el departamento de Salud de Castellón. Sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes cumplidores están mal controlados con AVK y están perdiendo la oportunidad de ser tratados con una terapia farmacológica alternativa.

La prevalencia de FA encontrada en nuestro estudio 5.95 % es similar a la descrita en otros trabajos cardiovasculares que son muy prevalentes entre ellas hipertensión arterial

Justificación

La fibrilación auricular no valvular es un motivo frecuente de consulta y un problema de atención de la salud mundial con pruebas que sugieren una prevalencia e incidencia cada vez mayores en todo el mundo una revisión sistemática de estudios poblacionales mundiales estimó que el número de individuos con fibrilación auricular en el 2010 fue de 33.5 millones.

En el hospital Lenin Fonseca no se encontró estudio del manejo de los pacientes con fibrilación auricular no valvular que toman Warfarina o aspirina, se sabe que el tratamiento de elección es los anticoagulantes, pero los antiagregantes plaquetarios son de menos riesgos en pacientes mayores de 65 años, menos riesgos de sangrados por ECV, además tomando en cuenta que en ictus hemorrágicos o antecedentes de otros sangrados la de elección es la aspirina y no hay que estar monitoreando constantemente, lo que ha motivado a realizarlo tomando en consideración que el hospital Antonio Lenin Fonseca es uno de los más grandes y aun mas de referencia regional de todo el país, aportando de esta manera a la reducción de morbilidad y mortalidad y el conocimiento del manejo y la calidad de vida de estos pacientes.

Considero pertinente en el presente estudio analizar, valorar el cumplimiento, manejo y destino de los pacientes con fibrilación auricular no valvular con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.

Además, a través de este estudio se proporciona información sobre la calidad de vida del paciente, para identificar cuál de los tratamientos hace mejor efecto ya sea la prescripción de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, además los factores que influyen en una correcta prescripción de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios en pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Ayudará a aportar conocimientos sobre el manejo de la fibrilación auricular no valvular en pacientes que reciben Anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios en el hospital Lenin Fonseca.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el manejo los pacientes con fibrilación auricular no valvular con anticoagulación o antiagrgantes en la consulta externa de medicina del hospital Lenin Fonseca en el periodo noviembre 2018 a noviembre 2020?

Objetivos

Objetivo General

Conocer el manejo de los pacientes con fibrilación auricular no valvular con anticoagulación o antiagregantes en el servicio consulta externa de medicina del hospital Antonio Lenin Fonseca periodo noviembre 2018 a noviembre 2020.

Objetivos Específicos

1. Conocer características sociodemográficas, antecedentes patológico y no patológico en los pacientes con diagnóstico de FA no valvular en la consulta externa de Hospital Lenin Fonseca.
2. Describir el estado clínico de los pacientes con FA no valvular atendido en la consulta externa en el Lenin Fonseca.
3. Correlacionar el Score Cha2 DS-VASC en los pacientes con anticoagulantes con FA no valvular en la consulta externa del Hospital Lenin Fonseca.
4. Mencionar tratamiento farmacológico, reacciones adversas y monitoreo de los mismo en los pacientes con fa no valvular en la consulta externa del hospital Lenin Fonseca

CAPITULO II

Marco Teórico

La Fibrilación Auricular (FA) es el trastorno del ritmo cardiaco sostenido más frecuente en la práctica clínica.

Sin tratamiento adecuado, la FA es un factor de riesgo mayor de morbilidad, particularmente de ictus cardioembólico, insuficiencia cardiaca, disfunción cognitiva, reducción de la calidad de vida y acorta la esperanza de vida de aquellos que la padecen.

Una evaluación epidemiológica reciente señala que a nivel mundial aproximadamente 33,5 millones de personas (0,5-1 % de la población mundial) sufren esta dolencia. La incidencia y prevalencia han aumentado en los últimos 30 años y siguen creciendo especialmente por el envejecimiento de la sociedad. En términos de prevalencia global, se estima que la FA no llega al 1 % en cambio a partir de los 80 años el porcentaje aumenta hasta sobrepasar el 15 % en países occidentales.

Estos hallazgos tienen un impacto directo en los costes sanitarios y deberían tener una repercusión en las futuras políticas de salud pública.

Los mecanismos que causan y mantienen la FA son multifactoriales y aún siguen siendo materia de intenso debate. Un mejor conocimiento de estos factores ha estimulado la búsqueda de nuevas modalidades de tratamiento permitiendo diseñar protocolos terapéuticos más eficaces y seguras basadas en la fisiopatología de la enfermedad.

Numerosos ensayos clínicos han reflejado que los esfuerzos por mantener el ritmo sinusal, es decir, elegir una estrategia de control del ritmo, frente a las que proponen un control de la frecuencia, no han encontrado diferencias en cuanto a supervivencia. Por contra, la única medida que ha demostrado una disminución radical de la morbimortalidad ha sido la prevención de eventos tromboembólicos mediante el tratamiento con agentes antiagregantes plaquetarios.

Las estrategias de valoración del riesgo embólico, hemorrágico y de predicción de un buen o mal control con estos fármacos permiten ajustar el tratamiento de manera eficaz y minimizando los efectos secundarios de los antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes

Los servicios de Urgencias constituyen un escalón fundamental en el diagnóstico, seguimiento y resolución de las complicaciones que la arritmia provoca en estos pacientes, por lo que deben estar integrados en el algoritmo multidisciplinar de manejo de la FA.

Clínicamente se distinguen cinco tipos de FA basándose en la presentación y duración de la arritmia

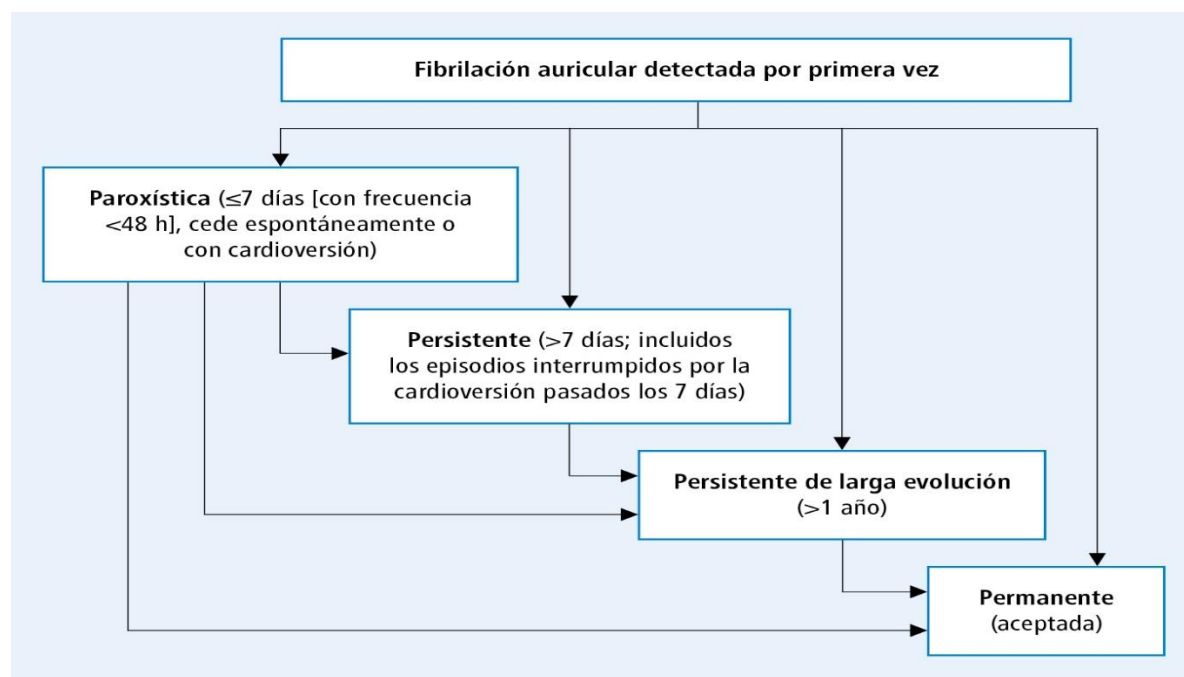


Figura 1. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol.

Primer Diagnóstico: FA no diagnosticada antes, independientemente de su duración o la presencia gravedad de los síntomas relacionados con la FA.

Paroxística: FA que cesa espontáneamente o con intervención dentro de los 7 días posteriores al inicio.

Persistente: FA que se mantiene de forma continua más allá de los 7 días, incluidos los episodios terminados con cardioversión (fármacos o cardioversión eléctrica) después de ≥ 7 días

Persistente de larga duración: FA continúa de > 12 meses de duración cuando se decide adoptar una estrategia de control del ritmo.

Permanente: FA que sea aceptada por el paciente y el médico, y no se realizarán más intentos para restaurar / mantener el ritmo sinusal.

La FA permanente representa una actitud terapéutica del paciente y del médico más que un atributo fisiopatológico inherente de la FA, y el término no debe utilizarse en el contexto de una estrategia de control del ritmo con tratamiento con fármacos anti arrítmicos o ablación de la FA. Si se adopta una estrategia de control del ritmo, la arritmia se reclasificaría como "FA persistente de larga duración".

Epidemiología La FA es la arritmia sostenida más frecuente en la práctica clínica y en servicios de urgencia y emergencia, representando hasta un 3% del total de urgencias médicas generales (Gargallo García, et al., 2015). La mayoría de los datos respecto a la epidemiología, pronóstico y calidad de vida en pacientes con FA se han obtenido principalmente de los Estados Unidos y de Europa occidental. Durante los años 80, 90 y 2000, ha habido un incremento en los ingresos hospitalarios por FA debido a múltiples causas, incluyendo el envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de 7 cardiopatías y diagnósticos más frecuentes mediante dispositivos de monitoreo ambulatorio. (Fuster, et al., 2011)

Prevalencia En el estudio de Framingham (Wolf, Abbott, & Kannel, 1987), la prevalencia de FA entre 1968 y 1970 era del 3,2%, la cual incrementó a un 9,1% entre 1987 y 1989. A

inicios de la década de los 2000 se estimaba que la prevalencia en la población general es de 1-2% (Go, et al., 2001; Stewart, Hart, & McMurray, 2001). No obstante, estudios recientes muestran que la prevalencia de FA es mayor de la que las guías sugieren, de un 3.2% (Björck, Palaszewski, Friberg, & Bergfeldt, 2013) a un 4% (Gómez-Doblas, López-Garrido, Esteve-Ruiz, & Barón-Esquivias, 2016). Esta tendencia se debe a que la incidencia de FA aumenta con la edad. Por ello, sumado al envejecimiento progresivo de la población, es que la prevalencia ha aumentado de forma significativa (Calvo Galiano & García-Bolao, 2013a). Según Michaud y Stevenson (2015), casi el 95% de los pacientes con FA son mayores de 60 años de edad. En pacientes mayores de 80 años, la prevalencia es de aproximadamente el 10%. Se estima que el riesgo de desarrollar FA en cada individuo mayor de 40 años es del 25%. En lo que respecta al sexo, la FA es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres, aunque la frecuencia se equilibra con la edad e incluso se invierte, encontrándose que aproximadamente 60% de los pacientes con FA mayores de 75 años son mujeres. En cuanto a la raza, la FA afecta más a personas de origen blanco que de origen negro. (Fuster, et al., 2011) Nicaragua forma parte de la región Latinoamérica-Central, una de las 21 regiones de carga mundial de morbilidad. Según Chug, et al. (2014), la prevalencia de FA en esta región en 2010 se estimaba en 475-550/100.000 habitantes, lo que implica que para ese año la prevalencia en Nicaragua era de aproximadamente 27,000-31,300 personas con FA. Finalmente, Gómez-Doblas, et al. (2016) mencionan que los estudios de prevalencia de FA no son estrictamente extrapolables debido a las diferencias en las características de la población analizada, incluyendo la distribución por edad y sexo, y el método diagnóstico utilizado. Además, en algunos casos, estos estudios no hacen la diferencia de la FA con el aleteo auricular, asumiendo que las implicaciones clínicas de ambas arritmias son parecidas.

Incidencia Según estudios prospectivos, la incidencia de FA varía desde menos del 0,1% por año en personas menores 40 años hasta más de 1,5% por año en mujeres y 2% por año en varones mayores de 80 años (Fuster, et al., 2011). El estudio de Framingham (Wolf, et al., 1987) reveló que la incidencia de FA en pacientes con insuficiencia cardíaca fue del 20,6% en varones y del 26% en mujeres en comparación con varones y mujeres sin insuficiencia cardíaca con una incidencia de 3.2% y 2.9%, respectivamente. Así mismo,

se encontró que la incidencia de FA es menor en pacientes tratados con inhibidores de la angiotensina, aunque este beneficio podría estar confinado solo a pacientes con hipertrofia del ventrículo izquierdo. De igual manera, en Europa, en el estudio e Rotterdam (Heeringa, et al., 2006) realizado en población mayor de 55 años, la incidencia total de FA fue de 9,9/1.000 personas/año. Este estudio mostró también la relación directa que existe entre la FA y la edad, encontrando que la incidencia de FA en el grupo de edad de 55-59 años fue de 1,1/1.000 personas año, la cual subía a 20,7/1.000 personas/año en el grupo de 80-84 años. Finalmente, en una revisión sistemática de estudios poblacionales de FA en el mundo se encontró que la incidencia general en la población era de 60,7/100.000 personas/año en varones y 43,8/100.000 personas/año en mujeres en 1990, mostrando una relación de la FA con el sexo masculino. En 2010, la incidencia estimada era de 77,5/100.000 personas/año en varones y 59,5/100.000 personas/año en mujeres (Chugh, et al., 2014)

Antecedentes personales patológicos y Factores de riesgo en pacientes con fibrilación auricular

La mayoría de los casos de fibrilación auricular son el resultado de la vía final de enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo que desembocan en un proceso degenerativo de la aurícula (ESC, 2016).

Las condiciones médicas concomitantes tienen un efecto aditivo en la perpetuación de la Fibrilación auricular al promover la existencia de un sustrato que la mantiene (Camm, 2013).

La obesidad se encuentra en un 25% de los pacientes con Fibrilación auricular y el índice de masa corporal medio 27.5kg/m² (equivalente a sobrepeso) (Camm, 2013) En otro estudio se menciona que la obesidad está asociada al desarrollo de fibrilación auricular en mujeres mayores de 45 años de edad lo que demuestra que la obesidad aumenta el riesgo de fibrilación auricular con un incremento progresivo según el índice de masa corporal (ESC, 2016). Los pacientes obesos tienen más disfunción diastólica del ventrículo

izquierdo, un aumento de la actividad simpática e inflamación, así como mayor infiltración grasa de las aurículas. Así mismo es un factor de riesgo para ictus, tromboembolia y muerte (Camm, 2013).

Tabaquismo activo: se asoció con fibrilación auricular, 2 veces más en comparación con los pacientes no fumadores. Se debe tomar en cuenta asimismo que una de las principales consecuencias del tabaquismo es el EPOC y que tanto su tratamiento como la alteración estructural que provoca se asocia con Fibrilación auricular (Craig T. January, 2014).

Alcoholismo: El hábito alcohólico se asocia a Fibrilación auricular con una razón de riesgo de 1 a 1.39 (ESC, 2016)

Envejecimiento: Aumenta el riesgo de FA, provoca alteraciones cardiacas en el nodo auriculoventricular, probablemente por pérdida y aislamiento del miocardio auricular dependiente de la edad y por los trastornos de conducción asociados a ello (Camm, 2013). (John Camm, 2010)

Las enfermedades asociadas también son perpetuadoras del riesgo cardiovascular total y/o daño cardiaco y no sólo simples factores causales (Camm, 2013).

La hipertensión: aumenta el riesgo en 1,5 en varones y 1,4 en mujeres, es un factor de incidencia de Fibrilación Auricular y las complicaciones relacionadas tales como los EVC y la tromboembolia sistémica. (Camm, 2013) (García, 2014) La insuficiencia cardiaca sintomática (clase funciona III-IV de la New York Heart Association [NYHA]) está presente en un 30% de los pacientes con Fibrilación auricular y se encuentra en hasta un 30-40% de pacientes con insuficiencia cardiaca, dependiendo de la causa subyacente y la gravedad de la insuficiencia cardiaca (Camm, 2013). La insuficiencia cardiaca puede ser tanto una consecuencia de la Fibrilación auricular (p. ej., en la taquimiocardiopatía o descompensación en la fase inicial Aguda) como una causa de la arritmia debida al aumento de la presión auricular y sobrecarga de volumen, disfunción valvular secundaria o estimulación neuro humoral crónica (Camm, 2013).

Debe sospecharse taquimiocardiopatía cuando la disfunción ventricular izquierda se presenta en pacientes con ritmo ventricular rápido en ausencia de Signos de

cardiomiopatía estructural. Se confirma mediante normalización o mejoría de la función del ventrículo izquierdo cuando se consigue un buen control del ritmo en la Fibrilación Auricular o una reversión a ritmo sinusal (Camm, 2013). Las miocardiopatías, incluidas las enfermedades cardíacas eléctricas primarias, suponen un riesgo aumentado de Fibrilación Auricular, especialmente en pacientes jóvenes. Ciertas miocardiopatías relativamente raras se encuentran en un 10% de estos pacientes. Una pequeña proporción de pacientes con Fibrilación Auricular «aislada» presentan mutaciones conocidas para miocardiopatías «eléctricas» (Camm, 2013). Otros defectos cardíacos congénitos con riesgo de Fibrilación Auricular son los pacientes con ventrículos únicos, tras la operación de Mustard para la transposición de las grandes arterias o después de la cirugía de Fontan (Camm, 2013).

La cardiopatía isquémica está presente en más del 20% de la población con Fibrilación atrial. No se conoce si la enfermedad coronaria no complicada (isquemia auricular) predispone a la Fibrilación auricular ni cómo interacciona con la perfusión coronaria (Camm, 2013). La disfunción tiroidea manifiesta puede ser la única causa de Fibrilación Auricular y puede predisponer a complicaciones relacionadas con la misma. En registros recientes, se ha visto que el hipertiroidismo y el hipotiroidismo son causas relativamente infrecuentes en la población con Fibrilación Auricular, aunque la disfunción tiroidea subclínica puede contribuir a ella. El hipertiroidismo subclínico es considerado como un factor de riesgo modificable para desarrollar fibrilación auricular (Camm, 2013) (ESC, 2016). La diabetes mellitus que requiere tratamiento médico se encuentra en un 20% de los pacientes con Fibrilación Auricular y puede contribuir al daño auricular (Camm, 2013). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se encuentra en un 10-15% de los pacientes con Fibrilación Auricular, y probablemente es más un marcador de riesgo cardiovascular total que un factor predisponente a la Fibrilación Auricular específico. Se cree que está asociada más con la progresión que con la permanencia (ESC, 2016) (Camm, 2013). La apnea del sueño, especialmente cuando se asocia a hipertensión, diabetes mellitus y cardiopatía estructural, puede ser un factor fisiopatológico de Fibrilación Auricular debido a los aumentos en la presión y el tamaño auriculares inducidos por la apnea o los cambios autonómicos. Se relaciona también con la obesidad. (Camm, 2013) La enfermedad renal crónica está presente en un 15-20% de los pacientes con Fibrilación

Auricular. La insuficiencia renal puede aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares relacionadas con la Fibrilación Auricular, aunque hay pocos datos controlados, pero se presenta como un marcador de riesgo para empeorar la fibrilación auricular. Los estudios sobre enfermedades cardiovasculares asociados a enfermedad renal crónica constituyen una fuente importante sobre el tema. La definición de ERC es estricta, aunque una tasa estimada con aclaramiento de creatinina menor de 60/ml/min/1.73m² indica enfermedad renal crónica (García, 2014) (ESC, 2016) (Gorostidi, 2012).

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la FA se deben a la irregularidad del ritmo, a una frecuencia cardíaca alta o baja y a un gasto cardíaco disminuido. En la FA, se pierde se pierde la contribución de la contracción auricular al llenado ventricular, que constituye un 15-20% del total del llenado ventricular. Los individuos normales suelen tolerar esa pérdida. No obstante, en personas con ventrículos rígidos y no distensibles, hasta un 40% del llenado ventricular depende de la contracción auricular y, por tanto, en estas personas, el gasto cardíaco está disminuido. (Zimetbaum, 2017).

Síntomas

Palpitaciones

Astenia

Debilidad

Adinamia

Dificultad para el ejercicio

Mareos

Confusión

Disnea

Dolor torácico

Sudoración

Ocasionalmente, el paciente manifiesta síncope o presíncope debido a pausas que ocurren cuando la fibrilación auricular revierte a ritmo sinusal. (Michaud & Stevenson, 2015)

- Signos

Pulso periférico irregular

Pulso venoso yugular irregular

Taquicardia o bradicardia (menos frecuente)

Ritmo cardíaco irregular

Soplo cardíaco (que indica compromiso valvular) 13

Hipotensión

- Manifestaciones electrocardiográficas

Ausencia de ondas P

Presencia de “ondas f” o de fibrilación

Complejo QRS estrecho

Frecuencia variable, con tendencia a la taquicardia

Ritmo irregular, que se observa como intervalo R-R irregular

Las ondas de fibrilación varían en amplitud, forma y frecuencia. Se les conocen como ondas F minúsculas, aunque en ocasiones pueden ser ondas F mayúsculas, en especial en casos de fibriloaleteo o fibrilofultter auricular. (Fuster, et al., 2011)

En el paciente no tratado, la frecuencia ventricular tiende a ser rápida y variable, entre 120 y 160 latidos por minuto, aunque se han reportado casos de frecuencias superiores de 200 latidos por minuto. Frecuencias tan altas pueden desencadenar taquicardiomiopatía, en la que hay disfunción sistólica ventricular reversible (Miranda Foch, et al., 2017). En cambio, en pacientes con un tono vagal alto o trastornos de la conducción a través del nodo AV, las frecuencias suelen ser bajas. (Michaud & Stevenson, 2015)

Diagnóstico

El diagnóstico de la FA es difícil en una parte de los pacientes debido que la FA puede cursar de forma asintomática. En un estudio de cohorte prospectiva en el que se utilizaron equipos de vigilancia ambulatoria realizado durante 19 meses en 110 pacientes se encontró que un 59 % tuvieron un período asintomático de fibrilación auricular y que hasta un 48 % tuvieron episodios asintomáticos de al menos 48 horas (Israel, Gönefeld, Erlich, Li, & Hohnloser, 2004) Por ello, es frecuente que se detecte la FA como hallazgo incidental en un electrocardiograma realizado en un control de salud rutinario o bien, realizado en pacientes que acuden a emergencias con alguna complicación de la misma, como puede ser un ACV isquémico, un ataque isquémico transitorio (AIT) o IC (Calvo Galiano & García-Bolao, 2013a).

En el manejo de la fibrilación auricular (FA), los 2 puntos clave son la anticoagulación oral para prevenir la embolia y decidir entre el control del ritmo o de la frecuencia cardíaca

El manejo clínico de los pacientes con FA incluye el alivio de los síntomas, el manejo óptimo de la enfermedad cardiovascular concomitante, el control de la frecuencia cardíaca, la corrección del trastorno del ritmo y la prevención de la tromboembolia. La estimación del riesgo de sufrir un ictus es esencial para definir qué pacientes se pueden beneficiar de la terapia anticoagulante, y cuáles no. En función de las comorbilidades existentes, su incidencia en los pacientes con FA no anticoagulados oscila entre el 4,5 y el 13% al año. Para valorar este riesgo existen diversos sistemas, y entre ellos se encuentra el sistema

de clasificación CHADS₂, desarrollado a partir de los criterios de los investigadores del Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study (SPAF). Este sistema, considera diferentes factores de riesgo tromboembólico, a los que asigna una puntuación, de forma que la suma de las puntuaciones correspondientes a cada factor de riesgo presente, permite obtener una estimación global del riesgo.

El riesgo no es homogéneo en todos los pacientes; por ello, en los últimos años se han desarrollado diferentes escalas de riesgo tromboembólico (las escalas CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc y ATRIA); la escala CHA₂DS₂-VASc es la recomendada por las guías de práctica clínica para optimizar la terapia antitrombótica de los pacientes con fibrilación auricular

La escala de riesgo CHADS₂ (insuficiencia cardiaca, hipertensión, edad > 75 años, diabetes mellitus e ictus [doble]) es una de las más simples y se ha usado habitualmente para guiar la terapia antitrombótica desde que fue propuesta y validada en 2001 en los estudios AFI⁶ y SPAF⁷. Esta escala CHADS₂ asigna 1 punto si el paciente tiene insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, edad ≥ 75 años o diabetes mellitus, y 2 puntos si hay antecedente de ictus. Así, permite clasificar artificialmente el riesgo trombótico en bajo (CHADS₂ = 0), moderado (CHADS₂ = 1) y alto (CHADS₂ ≥ 2). Sin embargo, mientras la escala CHADS₂ clasifica bien a los pacientes de alto riesgo, genera un gran grupo de riesgo intermedio (> 60%) y la puntuación CHADS₂ = 0 no identifica realmente a los pacientes que tienen bajo riesgo trombótico, ya que presentan una tasa anual de riesgo trombótico > 3,2%⁹. Además, no incluye otros muchos factores de riesgo que favorecen la aparición de eventos trombóticos.

Por todo ello, en 2009 el grupo de Birmingham propuso la nueva escala de riesgo CHA₂DS₂-VASc (insuficiencia cardiaca, hipertensión, edad ≥ 75 años [doble], diabetes mellitus, ictus [doble], enfermedad vascular, edad 65-74 y sexo femenino), derivada de la población del *Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation*.

La escala CHA₂DS₂-VASc añade 3 factores de riesgo a la anterior escala: la importancia de la edad, asignando 2 puntos a los pacientes con FA y edad > 75 años y 1 punto si tiene

65-74 años; 1 punto a la presencia de enfermedad vascular (infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o placa aórtica complicada), y otro punto si el sexo es femenino (no puntúa si es el único factor de riesgo presente). La escala CHA₂DS₂-VASc se demostró mejor que la escala CHADS₂ en la identificación de pacientes con verdadero bajo riesgo, ya que identifica a aquellos que no se benefician de iniciar terapia anticoagulante. Así, en un estudio de validación del esquema CHA₂DS₂-VASc en 4.670 pacientes, la escala CHA₂DS₂-VASc reclasificó a los pacientes con CHADS₂ = 1. Un 26% de los pacientes presentaban una puntuación CHA₂DS₂-VASc = 1, con un riesgo anual de ictus del 0,9%, y se reclasificó a un 74% de los pacientes con CHADS₂ = 1 en una puntuación CHA₂DS₂-VASc ≥ 2, con un riesgo anual de ictus o embolia sistémica del 2,1%.

Tratamiento

El tratamiento antitrombótico disminuye la tasa de eventos tromboticos, con una reducción del 64% en la tasa de ictus y un 26% en la de mortalidad en comparación con placebo. Sin embargo, el tratamiento anticoagulante está asociado a un aumento del riesgo de complicaciones hemorrágicas; como complicación mortal, destaca el incremento de la tasa de hemorragia intracraneal. Dado que el riesgo embólico y hemorrágico no es homogéneo en todos los pacientes, es fundamental evaluar individualmente el beneficio de la reducción del riesgo tromboembólico frente al aumento del riesgo hemorrágico

De los pacientes con FA y seleccionar así el inicio del tratamiento antitrombótico supuso una revolución porque por primera vez había una clara apuesta por no antiagregar (y por no anticoagular) a los pacientes con una puntuación CHA₂DS₂-VASc 0 si se estima que el riesgo embólico es sumamente pequeño y lo supera el riesgo hemorrágico de tomar **AAS**. No hay que olvidar que la incidencia de sangrado mayor o hemorragia intracraneal no es menor con **AAS** que e incluso puede ser superior en ancianos (> 75 años), población muy prevalente en las consultas de FA.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo, de corte longitudinal.

Área de estudio

Hospital Antonio Lenin Fonseca (consulta externa de cardiología)

Periodo: 2018 - 2020

Universo:

El universo corresponde a un total de 100 pacientes registradas en el censo gerencial de pacientes crónicos en el hospital Antonio Lenin Fonseca en un periodo comprendido de 2018 - 2020

Muestra: 40

Se realizó un muestreo aleatorio simple

Dónde se usó la ecuación estadística para proporciones poblacionales.

$$n = \frac{Z^2 (p*q)}{e^2 + \frac{(Z^2(p*q))}{N}}$$

n= Tamaño de la muestran: 40

Z= Nivel de confianza deseado: 97%

p = Proporción de la población con la característica deseada: 0.05

q= Proporción de la población sin la característica deseada: 0.95

e= margen de error: 5%

N= Tamaño de la población: 100

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

1. pacientes que acude de consulta externa cardiología en el periodo del noviembre 2018 a noviembre 2020
2. pacientes con patología de fibrilación auricular no valvular que reciben antiagregantes plaquetarios vs anticoagulantes.

Criterios de exclusión:

- 1 pacientes fuera del periodo de estudios
2. pacientes que cursan con otra patología que no sea de fibrilación auricular no valvular que reciben antiagregantes plaquetarios.

FUENTE DE INFORMACION

La fuente de información fueron los expedientes clínicos del servicio de estadística del hospital Antonio Lenin Fonseca, que corresponde al análisis de la Historia clínica.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Este protocolo fu presentado a las autoridades, junto a una carta solicitando su apoyo para el acceso a la recolección de datos. Se aseguró la confidencialidad de los resultados, comprometiéndose a no divulgar nombres del personal involucrado en el estudio.

Una vez aprobado el apoyo institucional, se procedió a recolectar los datos, se revisaron los expedientes de los pacientes seleccionados, en ellos se realizó una evaluación de los mismos, utilizando para tal fin una hoja de monitoreo (cuestionario), en la que se identifique si todos los elementos que comprenden un buen manejo de la FA no auricular que estén recibiendo antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, percibiendo los factores de riesgos, atención y buena prescripción del tratamiento interpretando de esta manera el pronóstico de estos pacientes.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Se recopilaron datos obtenidos de 40 pacientes que sé que prescriben la muestra a través de los expedientes clínicos del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de 2018 a 2020

Se hizo verificación de los datos, se sistematizaron en una base de datos en EPI INFO, inicialmente se codificaron y se digitaron los datos. Una vez procesados se realizó un análisis por frecuencia y porcentaje realizándose tablas y gráficos.

Lista de variables

Objetivo # 1 Conocer características sociodemográficas, antecedentes patológico y no patológico en los pacientes con diagnóstico de FA no valvular en la consulta externa de Hospital Lenin Fonseca

Edad

Sexo

Conocer antecedentes personales de los pacientes con de fibrilación auricular no valvular que reciben anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.

Antecedentes personales patológicos

Hipertensión arterial

Insuficiencia cardíaca

Infarto agudo de miocardio

Diabetes mellitus

Enfermedad cerebrovascular

Hipotiroidismo

Enfermedad renal crónica

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Asma

Otras

Antecedentes personales no patológicos

Tabaquismo

Alcoholismo

Identificar características clínicas, electrocardiográficas y de los pacientes con pronóstico de fibrilación auricular no valvular que reciben anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.

Síntomas

Signos

Manifestaciones electrocardiográficas

Objetivo # 2

Describir el estado clínico de los pacientes con FA no valvular atendido en la consulta externa en el Lenin Fonseca.

Hipertensión arterial

Insuficiencia cardíaca

Infarto agudo de miocardio

Diabetes mellitus

Hipotiroidismo

Enfermedad renal crónica

Hepatopatía crónica

Enfermedad

Objetivo # 3

Correlacionar el Score Cha2 DS-VASC en los pacientes con anticoagulantes con FA no valvular en la consulta externa del Hospital Lenin Fonseca.

Objetivo # 4 Mencionar tratamiento farmacológico, reacciones adversas y monitoreo de los mismo en los pacientes con fa no valvular en la consulta externa del hospital Lenin Fonseca

Matriz de Operacionalizacion de las variables

Objetivo específico # 1 Conocer características sociodemográficas, antecedentes patológico y no patológico en los pacientes con diagnóstico de FA no valvular en la consulta externa de Hospital Lenin Fonseca			
Variable	Concepto operacional	Indicador	Escala/ valor
Edad	Tiempo que ha vivido en años una persona contando desde su nacimiento hasta el momento que acude al hospital	Años registrados en el expediente clínico	Menor de 40 Entre 40 – 64 Mayor de 65
Sexo	Clasificación de las personas en masculino y femenino según características sexuales	Sexo registrado en el expediente	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de donde proviene del individuo en función de la actividad económica predominante y el tipo de infraestructura	Procedencia registrada en el expediente	Urbano Rural

Antecedentes patológicos	Patología que el paciente a tenido o tiene desde el tiempo anterior hasta el momento de acudir al hospital	Antecedentes patológicos registrados en el expediente	Hipertensión arterial Insuficiencia cardíaca Infarto agudo de miocardio Diabetes mellitus Hipotiroidismo Enfermedad renal crónica Hepatopatía crónica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Antecedentes personales no patológicos	Hábitos que exponen a los pacientes a sustancias nocivas desde la infancia hasta el momento de acudir al hospital	Antecedentes personales no patológicos registrados en el expediente	Tabaquismo Alcoholismo

Objetivo #2 Describir el estado clínico de los pacientes con FA no valvular atendido en la consulta externa en el Lenin Fonseca

VARIABLE	CONCEPTO OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Síntomas	Manifestación subjetiva de una enfermedad referida por el paciente al momento del egreso		Datos registrados en el expediente	Palpitaciones Fatiga Mareo Síncope Disnea Dolor torácico Otro
Signos	Manifestación objetiva de la enfermedad que el proveedor de salud puede observar al momento del egreso	Frecuencia cardíaca Pulso periférico irregular Ritmo cardíaco irregular Presión arterial Otros	Datos registrados en el expediente	Según expediente clínico
Manifestaciones electrocardiográficas	Características del trazo del electrocardiograma de 6 derivaciones realizado al momento del egreso	Frecuencia auricular Hipertrofia ventricular bloqueos	Trazo del electrocardiograma registrado en el expediente	Optimizada No Optimizada

Objetivo # 3 Correlacionar el Score Cha2 DS-VASC en los pacientes con anticoagulantes con FA no valvular en la consulta externa del Hospital Lenin Fonseca

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESALA /VALOR
Control hematológico	Examen para ver el control y seguimiento de los pacientes con FARVA	INR	Expedientes clínicos	Menor de 2 Entre 2 – 3 Mayor de 3
	Es una respuesta nociva, no deseada y no intencionada que se produce tras la administración de un medicamento	Expedientes clínicos	Sangrado del tubo digestivo Intoxicación por warfarina ACV hemorrágico	

Objetivo # 3 Mencionar tratamiento farmacológico, reacciones adversas y monitoreo de los mismo en los pacientes con fa no valvular en la consulta externa del hospital Lenin Fonseca

VARIABLE	CONCEPTO	DIMESION	ESCALA/VALOR
Tratamiento trombo embolico	Es el tratamiento utilizado para los pacientes con FARVA	Expedientes clínicos	Anticoagulantes Antiagregantes plaquetarios Mixto
Reacciones adversas	Es una respuesta nociva, no deseada y no intencionada que se produce tras la administración de un medicamento	Expediente clínico	Sangrado de tubo digestivo. Intoxicación por wafarina Acv hemorrágico

CAPITULO V ANALISIS DE DATOS

Tabla # 1. Edad de los pacientes

EDAD	Frequency	Percent	Cum. Percent	
MENOR DE 40	1	2.5%	2.5%	
41 A 64	16	40%	42.5%	
DE 65 A 74	16	40%	82.5%	
MAYOR DE 75	7	17.5%	100%	100%

Fuente: expedientes clínicos // Estadística HALF

La edad promedio de los pacientes fue de 55% mayores de 65 y 45% en el rango de 41 a 64 años. La mediana es de 65 años, indicando que más de la mitad de los pacientes eran mayores de edad y según literaturas es la edad en la que más prevalecen con fibrilación auricular no valvular.

Tabla # 2. Sexo de los pacientes

SEXO	Frequency	Percent	Cum. Percent	
Femenino	24	60%	60%	
Masculino	16	40%	100%	
Total	40	100%	100%	

Fuente: expedientes clínicos // Estadística HALF

En la tabla 2 se observa que el sexo femenino (60%) predominó sobre el sexo masculino (40%)

Tabla #3. Antecedentes patológicos personales

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	Frequency	Percent	Cum. Percent	
ASMA	1	2,5%	2,5%	
DMT	5	12,5%	15%	
EPOC	2	5%	20%	
ERC	1	2,5%	22,5%	
Hipotiroidismo	2	5%	27,5%	
HTA	15	37,5%	65%	
ICC	13	32,5%	97,5%	
OTROS	1	2,5%	100%	
Total	40	100%	100%	

Fuente: expedientes clínicos //Estadística HALF

En la tabla 5 se observan los antecedentes patológicos personales de los pacientes, siendo frecuentes la hipertensión arterial (37,5%), la insuficiencia cardiaca (32,5%), diabetes mellitus (12,5%), enfermedad obstructiva crónica e hipotiroidismo (5%), la enfermedad renal crónica (2,5%)

Tabla #5 Antecedentes personales no patológicos

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	Frequency	Percent	Cum. Percent	
Alcoholismo	2	50%	50%	
Tabaquismo	2	50%	100%	
Total	4	100%	100%	

Fuentes: expedientes clínicos // Estadística HALF

En la tabla 6 respectivamente 2 pacientes tenían antecedente de hábito tabáquico (50%), 2 tenían antecedente de consumo de alcohol (50%)

Tabla #6 síntomas de los pacientes

SINTOMAS	Frequency	Percent	Cum. Percent	
Cefalea Palpitaciones y Disnea	29	72,5%	72,5%	
Fatiga Mareo y Dolor Torácico	11	27,5%	100%	
Total	40	100%	100%	

Fuentes: expedientes clínicos // Estadística HALF

En la tabla 7. En cuanto a los síntomas, la disnea, palpitaciones y cefalea (72,5%), el mareo, fatiga y dolor torácico (27,5%) fueron los síntomas más frecuentes, la astenia, el síncope entre otros fueron los síntomas menos frecuentes en la consulta externa de cardiología.

Tabla #7 frecuencia cardiaca de los pacientes

FRECUENCIA CARDIACA	Frequency	Percent	Cum. Percent	
Entre 70 A 100	27	67,5%	67,5%	
Mayor de 100	10	25%	92,5%	
Menor de 70	3	7,5%	100%	
Total	40	100%	100%	

Fuente: expedientes clínicos // HALF

En la tabla 8. La frecuencia cardíaca promedio era de 70 a 100 lpm (67,5%), con un rango de 25% mayor a 100 lpm y en menor categoría menor a 70 lpm un porcentaje de (7,5%).

Tabla #8 Patología por Electrocardiograma de los pacientes

PATOLOGIA POR EKG	Frequency	Percent	Cum. Percent
Bloqueos	2	33,33%	33,33%
Hipertrofia ventricular	4	66,67%	100%
Total	6	100%	100%

Fuente: expedientes clínicos

La tabla 12. En cuanto a las patologías por EKG las que más predominaron fueron 4 pacientes con hipertrofia ventricular con 66,6% con una media de 2 pacientes con bloqueos representados con el (33,3%).

Tabla #9 Determinación del INR

DETERMINACION DEL INR	Frequency	Percent	Cum. Percent	
Entre 2 y 3	11	27,5%	27,5%	
Mayor de 3	6	15%	42,5%	
Menor de 2	23	57,5%	100%	
Total	40	100%	100%	

Fuente: expedientes clínicos// estadística HALF

Tabla 13. La determinación del INR en su mayoría tenían exámenes menores a 2 representado por 23 pacientes (57,5%), con una mediana de 11 pacientes que estaban en

un rango de 2 y 3 de INR (27,55) siendo de menor y más importante resultado mayor de 3 de INR como resultado normal.

Tabla #10 Tipo de tratamiento de los pacientes

TIPO DE TRATAMIENTO	Frequency	Percent	Cum. Percent	
Antiagregante Plaquetario	10	26,32%	26,32%	
Anticoagulante	24	63,16%	89,47%	
Mixto	4	10,53%	100%	
Total	38	100%	100%	

Fuente: Expedientes clínicos

Tabla 14. Se representa el tipo de tratamiento con un predominio de 24 pacientes que toman anticoagulantes (89,4%), una mediana de 10 pacientes que toman antiagregantes plaquetarios (26,3%) siendo en menor rango los mixtos (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios) con el (10,5%).

Tabla #11 paciente con Anticoagulantes

PACIENTES ANTICOAGULANTES	CON	Frequency	Percent	Cum. Percent	
Anti coagulados		9	34,62%	34,62%	
No Anti coagulados		17	65,38%	100%	
Total		26	100%	100%	

Fuente: Expedientes clínicos

Tabla 15. Los pacientes con anticoagulantes en su mayoría el 65.3% no estaban anti coagul

Análisis de resultados

Se revisaron 40 expedientes de pacientes mayores de 40 años del Hospital Antonio Lenin Fonseca del área de medicina interna de cardiología de los cuales predominaron mayores de 65 años donde la FA es más frecuente en la práctica clínica y su prevalencia esta relacionada íntimamente con la edad avanzada el 70% en estudio revisados se producen en mayores de 65 Años aumentando de ictus y complicaciones cardiacas los que reduce la supervivencia de vida

Las mayores poblaciones estudiadas fueron del sexo femenino con 60% con una discreta diferencia de porcentajes en relación al sexo opuesto y comorbilidades encontrando en orden de frecuencia la hipertensión arterial con 37% seguido de insuficiencia cardiaca con 32.5%, diabetes mellitus según estudio hay mayor diagnostico en el sexo femenino ya que acuden más frecuentes a exámenes de rutina

En un 12.5%, además los antecedentes personales no patológicos que en su predominio fueron tabaquismo y alcoholismo con 50% los que fueron de utilidad para determinar algunos riesgos de los pacientes en estudio.

La hipertensión arterial ha sido el antecedente patológico más frecuente, ya que aumenta 1.8 más veces en comparación a los que no son hipertensos ya los estudios revelan que aumenta al igual que la insuficiencia cardiaca y otras cardiopatías como se menciona anteriormente, más de la mitad de los pacientes tenían una edad mayor

Los síntomas más frecuentes fueran la disnea, las palpitaciones y cefalea, seguido de fatiga, mareo y dolor torácico y como los más frecuentes en cuanto a la sintomatología las guías internacionales refieren que es variado y que pueden debutar de insuficiencia cardiaca a embolia cerebral. En algunos pacientes y con mayor frecuencia en los de mayor edad puede ser asintomáticos y la arritmia constituir un hallazgo.

En lo que respecta al tratamiento con anticoagulantes y antiagregante plaquetario, en su mayoría recibían anticoagulantes como warfarina, siendo en gran cantidad no anti coagulados esto nos indica que en gran parte de pacientes no tenían exámenes de INR actualizados y los que habían eran ya de meses anteriores y con resultados menores a 2

por lo que se determina que es ahí donde se está fallando para una correcta prescripción de dosis de tratamiento,

Otros fármacos utilizados ácido acetilsalicílico y clopidogrel como antiagregantes plaquetarios siendo este último menos agresivo o con menos complicaciones de sangrado

En lo que respecta a los síntomas, ninguno tuvo una relación con el control del ritmo cardíaco ni de la frecuencia cardíaca. En cuanto a los signos y manifestaciones electrocardiográficas, se encontró que más pacientes lograron control de la frecuencia a mayor cifra de presión arterial, tanto sistólica como diastólica, con un grado de asociación grande.

En los últimos 12 meses los pacientes no acudían a sus citas con la regularidad estipuladas en los expedientes clínicos, la mayoría con menos de 3 citas este también tiene mucha coincidencia con la no realización del INR.

CONCLUSIONES

La edad promedio fue de 52 años y el sexo femenino predominó sobre el masculino con 60%. La mayoría provenía de áreas urbanas y casi la mitad eran originarios del municipio de Managua.

Los antecedentes personales más frecuentes fueron la hipertensión arterial y insuficiencia cardíacas sin especificar con 69.5% ambas, seguidas de la diabetes mellitus. El alcoholismo y el hábito tabáquico fueron poco frecuentes

En la consulta el síntoma más frecuente fue la disnea, seguido de las palpitaciones, y el signo más frecuente fue el ritmo cardíaco irregular, seguido de la taquicardia.

Más de la mitad de los pacientes recibió tratamiento anticoagulante, siendo la warfarina los más utilizados y siendo el tratamiento de elección para el adecuado manejo de fibrilación auricular y Como tratamiento antiagregante plaquetario, casi todos los pacientes recibieron ácido acetilsalicílico en monoterapia o en combinación con clopidogrel en aquellos pacientes que presentaron efectos adversos a las anticoagulantes inhibidores de vitamina k.

Casi dos de tres pacientes lograron control del ritmo, en especial pacientes de mayor edad, y casi nueve de diez lograron control de frecuencia, en especial los pacientes sin insuficiencia cardíaca y con cifras de presión arterial mayores por ende hubo menos complicaciones en la fase aguda

RECOMENDACIONES

A las autoridades correspondientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca

- Promover el llenado correcto de la historia clínica de los pacientes, para que facilite a estudios posteriores la información necesaria para obtener resultados confiables.
- Promover la realización de más estudios del comportamiento clínico y epidemiológico de las enfermedades más prevalentes y así generar planes de intervención para mejorar la atención de salud.
- Realizar controles de INR en todo paciente con tratamiento anticoagulante
- Promover a los estudiantes realizar investigaciones utilizando diseños variados y múltiples métodos de análisis estadístico para generar nueva información de mejor calidad científica. A los alumnos de medicina de diferentes facultades.
- Retomar este tema y continuar la línea de investigación.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

Atella, V., Mortari, A., Kopinska, J., Belotti, F., Lapi, F., Cricelli, C., & Fontana, L. (2018). Trends in age- related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell*, 18(1), e12861.

Björck, S., Palaszewski, B., Friberg, L., & Bergfeldt, L. (2013). Atrial fibrillation, stroke risk, and warfarin therapy revisited: a population-based study. *Stroke*, 44(11), 3103-8. doi:0.1161/STROKEAHA.113.002329

Brunton, L., Chabner, B., & Knollman, B. (2012). *Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Calvo Galiano, N., & García-Bolao.

Lichtman J. Krumholz H. Wang Y, Radford M. Brass L. Risk and Predictors of StrokeAfterMyocardialInfarctionAmongtheElderlyResultsFromtheCooperative Cardiovascular Project. *Circulation*. 2002;105:1082-1087.

Tinetti M. Preventiingfalls in elderlypersons. *N Eng J Med*. 2003; 348(1):42-49.

Leipzig R, Cumming R, Tinetti M. Drugs and falls in olderpeople: a systematicreview and meta-analysis. I. Psychotropicdrugs. *J Am GeriatrSoc* 1999;47:30-9.

Gage B. van Walraven C. Pearce L. Hart R. Koudstaal P. Boode B. Petersen P. SelectingPatientsWith Atrial FibrillationforAnticoagulationStrokeRiskStratification in PatientsTakingAspirin. *Circulation*. 2004;110: 2287-2292.

StrokePrevention in Atrial FibrillationInvestigators. Riskfactorsforthromboembolismduringaspirintherapy in patientswith atrial fibrillation: TheStrokePrevention in Atrial Fibrillationstudy. *J StrokeCerebrovasc. Dis*. 1995; 5:147– 157.

Albers GW, Dalen JE, Laupacis A, et al. Antithrombotictherapy in atrial fibrillation. *CHEST*. 2001;119:194S–206S.

Laupacis A, Albers G, Dalen J, et al. Antithrombotictherapy in atrial fibrillation. *CHEST*. 1998;114:579S–589S.

Gage BF, Waterman AD, Shannon W, et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*. 2001;285:2864–2870.

Hart R, Benavente O, McBride R, et al. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med*. 1999;131:492–501.

Riley RS, Rowe D, Fisher LM. Clinical utilization of the international normalized ratio (INR). *J Clin Lab Anal*. 2000;14(3):101-14.

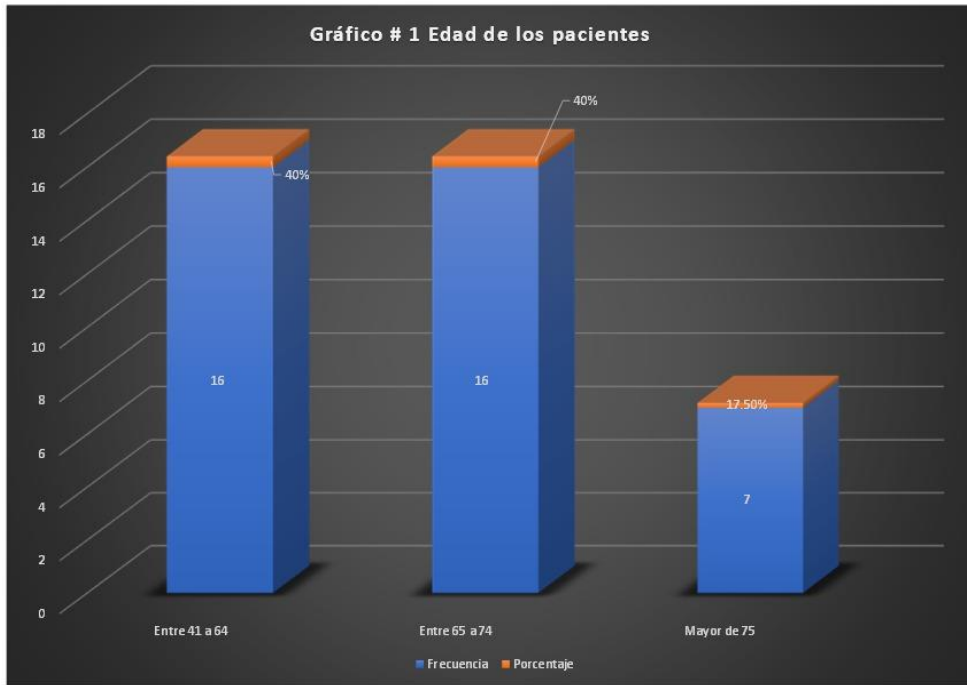
Manucci P, Levi M. Prevention and treatment of major blood loss. *N Engl J Med* 2007;356:2301-11.

CAPITULO VI

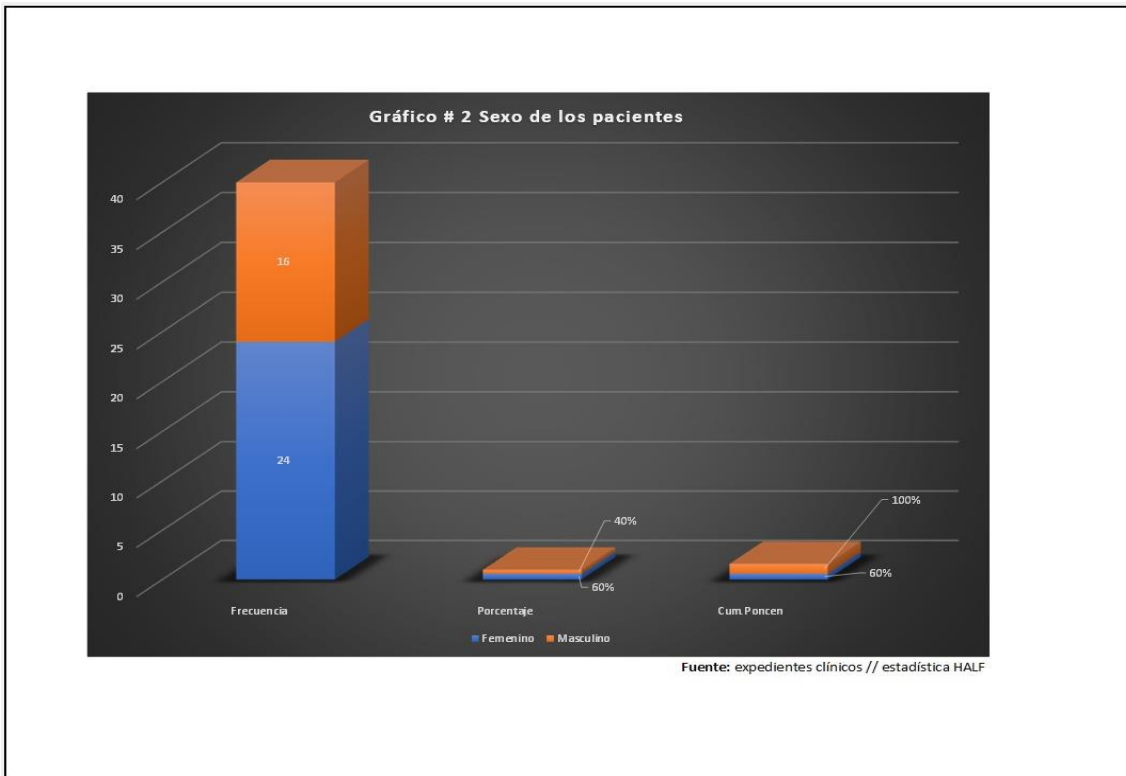
GRAFICOS

GRAFICOS

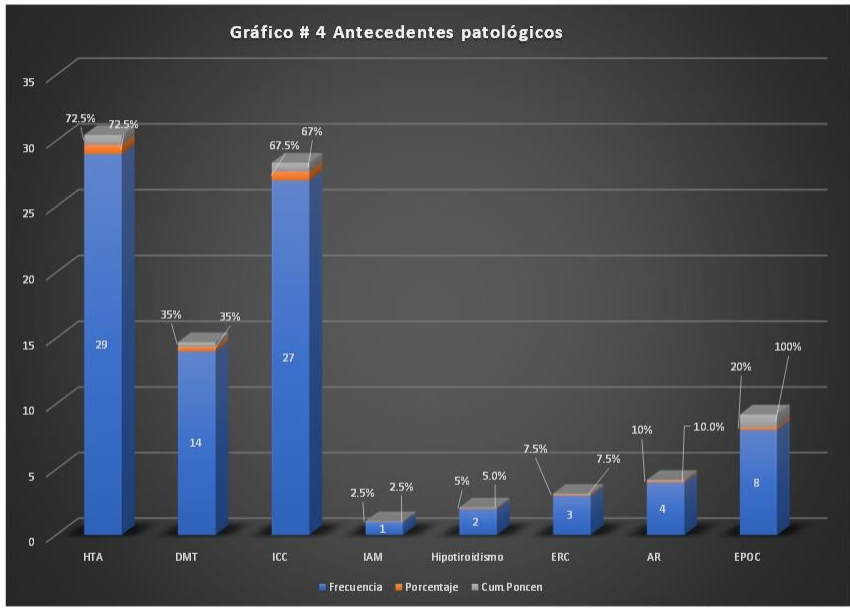
- Gráfico # 1** Edad de los pacientes
- Gráfico # 2** Sexo de los pacientes
- Gráfico # 3** Antecedentes patológicos personales
- Gráfico # 4** Antecedentes patológicos
- Gráfico # 5** Antecedentes personales no patológicos
- Gráfico # 6** Síntomas de los pacientes
- Gráfico # 7** Frecuencia cardiaca de los pacientes
- Gráfico # 8** Patología por Electrocardiograma de los pacientes
- Gráfico # 9** Determinación del INR
- Gráfico # 10** Tipo de tratamiento de los pacientes
- Gráfico # 11** Pacientes con Anticoagulantes
- Gráfico # 12** Pacientes con score de CHA2DS2VAS2



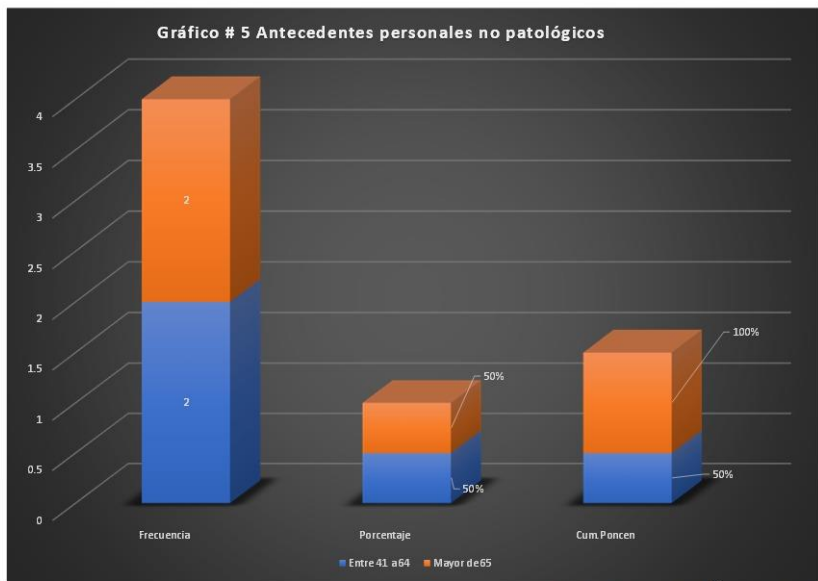
Fuente: expedientes clínicos // estadística HALF



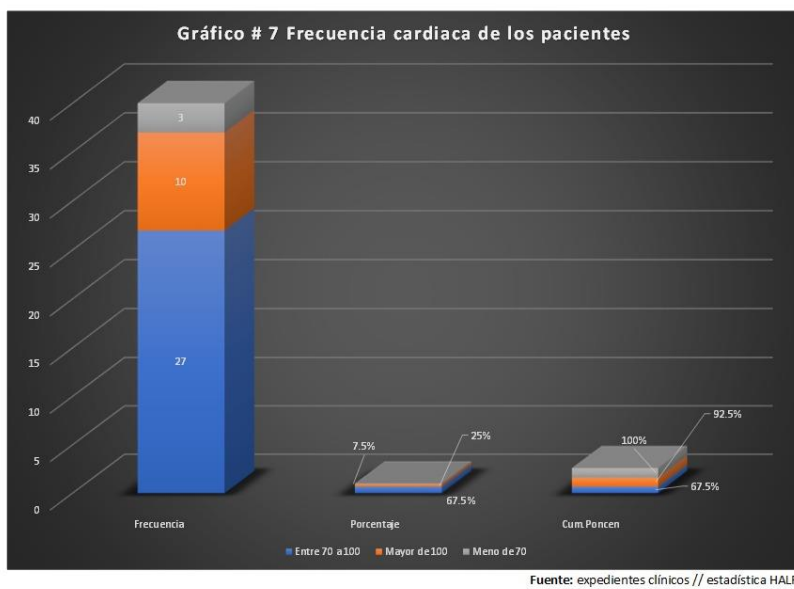
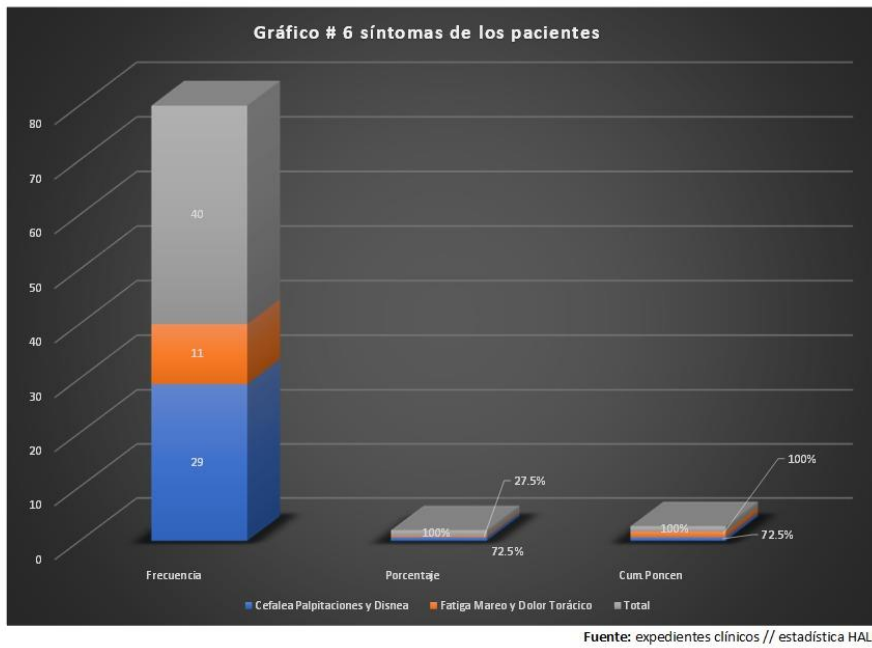
Fuente: expedientes clínicos // estadística HALF

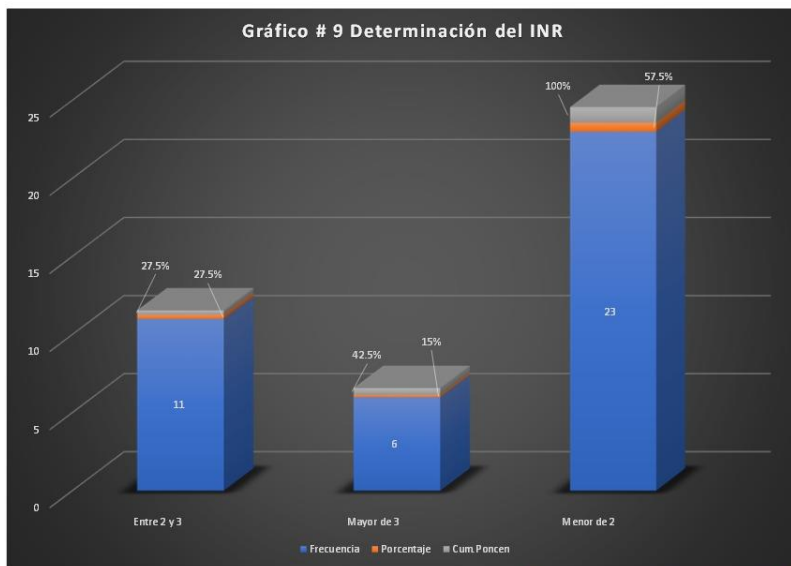
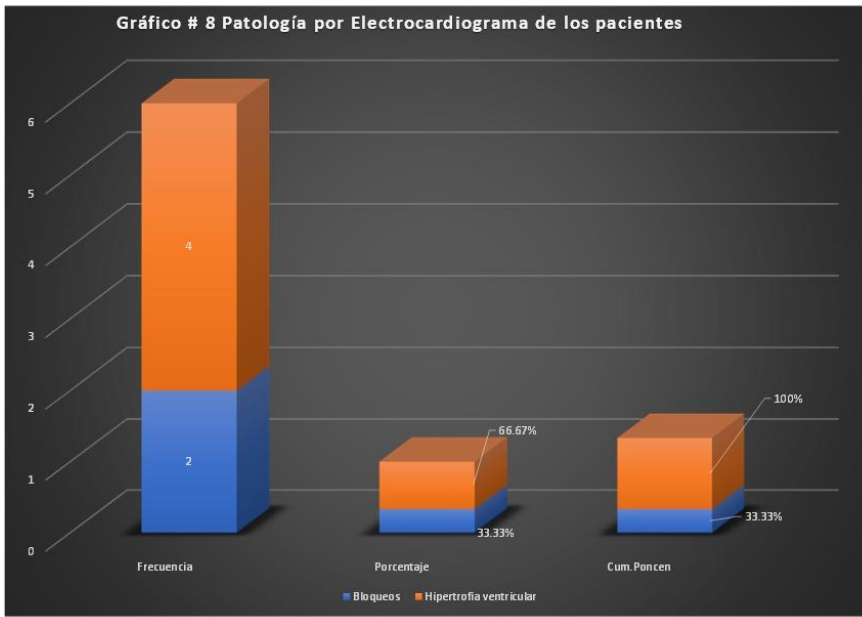


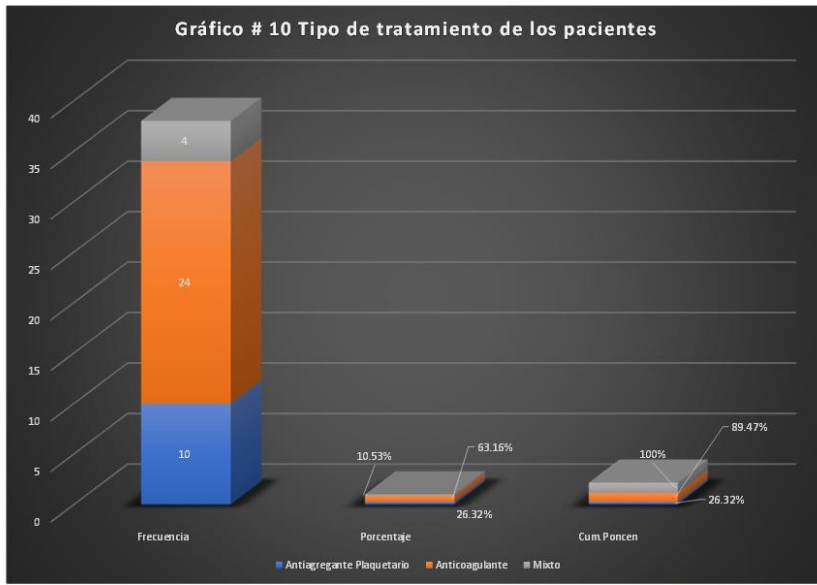
Fuente: expedientes clínicos // estadística HALF



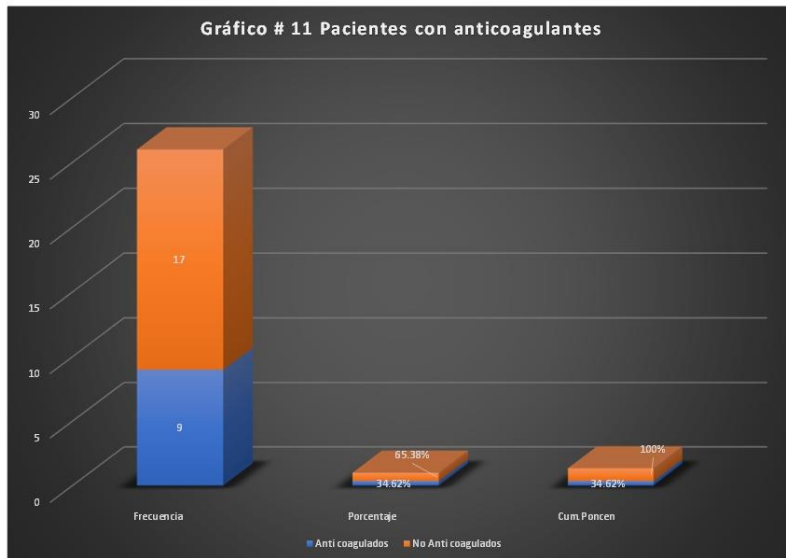
Fuente: expedientes clínicos // estadística HALF







Fuente: expedientes clínicos // estadística HALF



Fuente: expedientes clínicos // estadística HALF

GRÁFICO # 12 PACIENTES CON SCORE DE CHA2DS2VAS2

