



ARTÍCULO ORIGINAL

Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular en un hospital de referencia en Paraguay

Anticoagulation in patients with atrial fibrillation at a referral hospital in Paraguay


Liz Gabriela Niz Cuenca ¹ , José Carlos Dávalos Ortiz ² ,
Diana Estela Zárate Gaona ² , Liz Natalia Villalba Bóveda ¹ ,
Luz Marina Aquino Vera ¹ , Diana Leticia Alderete Ayala ¹ ,
Karen Larissa Maidana Rivero ¹ , Nery Rene Villalba Acosta 


¹ Universidad Nacional de Itapúa, Facultad de Medicina, Postgrado en Medicina Interna. Itapúa, Paraguay.

² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Centro Médico Nacional, Hospital Nacional. Departamento de Medicina Interna. Itauguá, Paraguay

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. 

Revisores:

Rolando José Hernández Romero. Hospital Italiano de Buenos Aires, Sede San Justo. Departamento de Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica. Buenos Aires, Argentina. 

Raúl Milciades Desvars González. Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina. Concepción, Paraguay. 

Cómo referenciar este artículo: Niz Cuenca LG, Dávalos Ortiz JC, Zárate Gaona DE, Villalba Bóveda LN, Aquino Vera LM, Alderete Ayala DL, Maidana Rivero KL, Villalba Acosta NR. Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular en un hospital de referencia en Paraguay. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13122629

Artículo recibido: 25 diciembre 2025

Artículo aceptado: 6 mayo 2026


Autor correspondiente:

Dra. Liz Gabriela Niz Cuenca

Correo electrónico: liz_niz98@hotmail.com

Dictamen del artículo:

https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/26_26_djctamenes.pdf

Acceso a base de datos 



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

RESUMEN

Introducción: la fibrilación auricular es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente en adultos. El tratamiento anticoagulante tiene por objetivo prevenir las complicaciones tromboembólicas.

Objetivo: determinar la frecuencia de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional, Itauguá, Paraguay.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se incluyeron a pacientes con fibrilación auricular internados en el mencionado centro, en el periodo 2024-2025. Se excluyeron a pacientes con fichas clínicas incompletas. Se recolectó información desde las historias clínicas. Se realizó estadística descriptiva a través del programa estadístico Jamovi 1.6.

Resultados: se incluyeron a 204 pacientes, en los cuales la media de edad fue 67 ± 12 años. El 64,7% eran del sexo masculino. El 95,6% eran hipertensos y el 41,6% presentaban dependencia física leve. El 45,5% tenía fibrilación auricular permanente. El 93,6% presentaba riesgo elevado de ictus (CHA2DS2-VASc mayor a 2) y 43,6% contaba con riesgo elevado de desarrollar una complicación hemorrágica durante el tratamiento anticoagulante. El 78,4% recibió tratamiento anticoagulante al alta, 68,1% de ellos utilizó anticoagulantes de acción directa. El 2% falleció durante la internación.

Conclusión: la frecuencia de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular fue alta, predominando el uso de anticoagulantes orales de acción directa. La mortalidad fue mínima y no estuvo relacionada con la fibrilación auricular, respaldando el beneficio global de la anticoagulación.

Palabras claves: anticoagulación, fibrilación auricular, hipertensión arterial, riesgo tromboembólico, Paraguay

ABSTRACT

Introduction: Atrial fibrillation is the most common sustained cardiac arrhythmia in adults. The goal of anticoagulant therapy is to prevent thromboembolic complications.

Objective: To determine the prevalence of anticoagulation in patients with atrial fibrillation admitted to the Department of Internal Medicine at the National Hospital in Itauguá, Paraguay.

Materials and Methods: A cross-sectional, observational, descriptive, retrospective study was conducted using non-probability sampling of consecutive cases. Patients with atrial fibrillation admitted to the aforementioned center during the 2024–2025 period were included. Patients with incomplete medical records were excluded. Information was collected from medical records. Descriptive statistics were performed using the Jamovi 1.6 statistical software.

Results: A total of 204 patients were included, with a mean age of 67 ± 12 years. Of this total, 64.7% were male. 95.6% had hypertension, 41.6% had mild physical dependency and 45.5% had permanent atrial fibrillation. A high risk of stroke (CHA2DS2-VASc score greater than 2) was found in 93.6%, 43.6% had a high risk of developing a bleeding complication during anticoagulant therapy, 78.4% received anticoagulant therapy at discharge, 68.1% of whom used direct-acting anticoagulants while 2% died during hospitalization.

Conclusion: The frequency of anticoagulation in patients with atrial fibrillation was high, with a predominance of direct-acting oral anticoagulants. Mortality was minimal and was not related to atrial fibrillation, supporting the overall benefit of anticoagulation.

Keywords: anticoagulation, atrial fibrillation, hypertension, thromboembolic risk, Paraguay

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente en adultos, la cual se produce por el inicio brusco de una actividad eléctrica desorganizada en la aurícula izquierda, ocasionando una pérdida de la contracción auricular regular e imposibilitando su función de marcapasos cardíaco¹⁻³.

Actualmente existe un aumento en la prevalencia e incidencia de la FA³, presentando una prevalencia general mundial del 4%⁴. Representa cerca del 33%

de los diagnósticos de arritmias, esto aumenta con la edad, aquejando al 6% de los individuos mayores de 65 años y al 9% de los adultos mayores de 80 años ⁴. La FA tiene mayor prevalencia en el sexo masculino, independientemente del nivel socioeconómico o la etnia ³.

La ecocardiografía constituye una herramienta fundamental en la evaluación integral de los pacientes con FA, ya que permite identificar alteraciones estructurales cardíacas que influyen tanto en el riesgo tromboembólico como en la toma de decisiones terapéuticas, incluida la indicación de anticoagulación. Hallazgos como la dilatación auricular izquierda, la presencia de disfunción ventricular, valvulopatías o signos de cardiopatía estructural aportan información relevante que complementa las escalas clínicas de riesgo, como CHA₂DS₂-VASC y HAS-BLED. En este sentido, la ecocardiografía no solo contribuye a la estratificación del riesgo, sino también a la individualización del manejo clínico. No obstante, en nuestro medio no se dispone de datos ecocardiográficos sistemáticos, lo que limita la evaluación de estos factores estructurales y su posible impacto en la indicación y optimización del tratamiento anticoagulante ³.

Con relación al tratamiento de la FA, el mismo se basa en el manejo de 3 pilares principales: la prevención de episodios tromboembólicos, el control de la frecuencia cardíaca y el control del ritmo cardíaco. En todos los pacientes se debe de evaluar el riesgo de ictus, debido a que, en forma general, los pacientes con FA presentan un riesgo elevado de complicaciones tromboembólicas ³. Esta evaluación se simplifica gracias a la escala CHA₂DS₂-VASC ³ que otorga puntos por insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, edad ≥ 75 años (2 puntos), diabetes mellitus, accidente cerebrovascular/AIT/tromboembolia previos (2 puntos), enfermedad vascular, edad 65-74 años y sexo femenino. Como regla general, se recomienda anticoagulación a todos los pacientes con FA, excepto a aquellos pacientes con "bajo

riesgo" de ictus, que se encuentra definido por un puntaje de CHA₂DS₂-VASC de 0 (cero) en hombres y de 1 mujeres, debido a que en estos pacientes el riesgo de ictus es menor al 1% anual ³⁻⁵.

Pese a la periódica actualización de los protocolos o guías de práctica clínica internacionales, aún existe un elevado número de pacientes que no reciben un tratamiento anticoagulante óptimo. Durante el año 2021 y 2022, en un centro de referencia en Paraguay se estudió a los pacientes con ictus isquémico y FA, encontrándose que, entre los pacientes ya conocidos previamente con FA, sólo 7,1% recibían anticoagulación y un tercio de ellos no alcanzaron el rango terapéutico ni el control de la frecuencia cardíaca ⁵.

La FA es una de las principales causas prevenibles de eventos tromboembólicos como el ictus, pero en nuestro país existen escasos estudios que describan la frecuencia de anticoagulación en pacientes con esta arritmia. Generar esta evidencia local es esencial para identificar brechas en el manejo, orientar decisiones clínicas y fortalecer las políticas de prevención de complicaciones por FA en nuestra población. Por lo anterior, el objetivo de la investigación fue determinar la frecuencia de anticoagulación en pacientes con FA internados en el Departamento de Medicina Interna del Centro Médico Nacional-Hospital Nacional, Paraguay.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron a pacientes adultos mayores de edad de ambos sexos hospitalizados en el mencionado centro entre enero de 2024 y septiembre de 2025 con el diagnóstico clínico y electrocardiográfico de FA confirmado mediante registro electrocardiográfico de 12 derivaciones. Se describieron los hallazgos electrocardiográficos característicos (ausencia de ondas P definidas, presencia de ondas fibrilatorias y ritmo irregularmente

irregular), así como la forma de presentación del evento, diferenciando entre primer episodio diagnosticado y episodios recurrentes.

Las variables estudiadas fueron socio-demográficas y clínicas: comorbilidades, grado de dependencia física medida retrospectivamente a través de los datos asentados en las historias clínicas, clasificación temporal de FA y sintomática de FA según la Guía ESC 2020 de Fibrilación Auricular, riesgo de ictus según la escala CHA2DS2-VASc (bajo riesgo: 0 punto, riesgo moderado: 1 punto, riesgo alto: ≥ 2 puntos), riesgo hemorrágico por la escala HAS-BLED (bajo riesgo: 0-2 puntos, alto riesgo: ≥ 3 puntos). Dichas escalas de riesgo fueron calculadas en el momento de la internación y fueron recabadas de los expedientes clínicos. Otros datos fueron el tratamiento anticoagulante, tratamiento antiarrítmico, tratamiento para el control de la frecuencia cardíaca, desenlace al alta.

Los datos se recolectaron a partir de las fichas clínicas de los pacientes mediante un formulario de extracción de datos estandarizado, elaborado específicamente para esta investigación. Dicho instrumento fue de elaboración propia y diseñado en función de los objetivos del estudio y las variables definidas. La recolección de datos fue realizada por una única investigadora, previamente familiarizada con el instrumento, por lo que no se requirió la participación de revisores adicionales ni procesos de entrenamiento. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la anonimización de la información recolectada, evitando el registro de información personal identificable y restringiendo el acceso a la base de datos únicamente a la investigadora responsable. Asimismo, la información fue utilizada exclusivamente con fines académicos y en cumplimiento de los principios éticos de investigación.

Los datos fueron asentados en planillas de Microsoft Excel y posteriormente se utilizó el programa estadístico Jamovi versión 1.6. Las variables cuantitativas se expresaron en medidas de tendencia central y dispersión,

las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el software estadístico Epi Info, previendo una frecuencia de anticoagulación en pacientes con FA del 79%, con un margen de error aceptable del 5,6%, intervalo de confianza del 95%, con lo que el tamaño de la muestra calculado fue de 204 pacientes.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Universidad Nacional de Itapúa. Se respetaron los principios de Bioética. Los autores declaran no poseer conflictos de interés comercial, se respetó la confidencialidad de los datos clínicos personales.

RESULTADOS

Se incluyeron a 204 pacientes, en los cuales la media de edad fue 67 ± 12 años. El 64,7% (132 sujetos) eran del sexo masculino.

En cuanto a las características clínicas, el 95,6% (195 pacientes) eran hipertensos, teniendo el 41,6% (85 pacientes) un grado de dependencia física leve (tabla 1).

Respecto a la clasificación temporal de la FA, se observó que el 45,5% (93 pacientes) tenían FA permanente, la mayoría presentó síntomas leves en el 47,1% (96 sujetos) (tabla 2).

El 93,6% (191 pacientes) presentaba riesgo elevado de ictus (CHA2DS2-VASc mayor a 2) y el 43,6% (89 pacientes) contaba con riesgo elevado de desarrollar una complicación hemorrágica durante el tratamiento anticoagulante.

El 55,4% (113 pacientes) no recibió tratamiento completo para la FA (antiarrítmico, control de la frecuencia cardíaca y anticoagulante). El 80,1% (165 pacientes) utilizó betabloqueante de acción selectiva. El 78,4% de los pacientes recibió tratamiento anticoagulante durante la hospitalización, siendo los anticoagulantes orales de acción directa los más utilizados (68,1% de los pacientes anticoagulados) (tabla 3).

El 4,9% (10 pacientes) presentó ictus hemorrágico, el cual constituyó el motivo de ingreso hospitalario y ocurrió antes del inicio del tratamiento anticoagulante, lo que imposibilitó temporalmente su indicación durante la internación. El 2% (4 pacientes) falleció durante la hospitalización; las causas de fallecimiento, en su mayoría, fueron atribuidas a cuadros infecciosos no relacionados directamente con la FA.

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que la media de edad de los pacientes con FA es de $67,5 \pm 12,7$ años, y predomina en varones. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en Europa por Hindricks *et al.* ⁶, donde hubo una mayor prevalencia de FA en personas de mayor edad y en hombres. Este patrón coincide con la literatura, que destaca que la prevalencia de FA aumenta significativamente con la edad y los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar esta arritmia ². En España se estudió el perfil de pacientes con FA, y se encontró que 52,1% de ellos fueron mujeres ⁶.

El factor de riesgo principal fue hipertensión arterial, y más de la mitad contaba con alguna cardiopatía estructural. Esto coincide con los resultados de un estudio publicado por Cadavid-

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con fibrilación auricular (n 204)

Características clínicas	Frecuencia	%
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	195	95,6
Cardiopatía estructural	128	62,7
Insuficiencia cardíaca	68	33,3
Diabetes mellitus	61	29,9
Secuelas neurológicas	49	24
Cardiopatía isquémica	49	24
Obesidad	36	17,6
Enfermedad renal crónica	30	14,7
Dislipidemia	24	11,8
Hipertiroidismo primario	1	0,5
Grado de dependencia física		
Sin dependencia	43	21,1
Dependencia leve	85	41,6
Dependencia moderada	51	25
Dependencia severa	22	10,8
Dependencia total	3	1,5

Tabla 2. Clasificación temporal y sintomática de pacientes con fibrilación auricular (n 204)

Clasificación de la fibrilación auricular	Frecuencia	%
Temporal		
Permanente	93	45,5
Paroxística	45	22,1
Persistente	45	22,1
De reciente diagnóstico	16	7,8
Persistente de larga duración	5	2,5
Sintomatología		
Asintomático	15	7,4
Síntomas leves	96	47,1
Síntomas moderados	75	36,7
Síntomas graves	18	8,8

Zuluaga *et al.* ³, en Colombia, donde la hipertensión fue también una comorbilidad prevalente, observándose en un 92% de los pacientes. En un estudio retrospectivo con

una población norte-americana de 857.423 pacientes con FA, se encontró que el 78,18% presentaba hipertensión arterial ⁷. En el estudio de Brundel *et al.* ³ se indica que, particularmente, la hipertensión y la cardiopatía estructural, son los principales factores predisponentes a la FA y sus complicaciones tromboembólicas. Lastimosamente, en nuestra investigación, no incluimos datos ecocardiográficos para evaluar el estado estructural.

La mayoría de nuestros pacientes ya tenía una FA permanente, proporción similar a la observada en una cohorte prospectiva en Tailandia, donde se reportó una prevalencia de FA permanente del 48,6% ⁸. La forma permanente de la FA se asocia con un mayor riesgo de complicaciones graves, como el ictus, lo que enfatiza la importancia de un manejo adecuado en estos pacientes.

De hecho, en nuestro estudio, el 93% de los pacientes presentaron un riesgo elevado de ictus, según el score CHA₂DS₂-VASC, un hallazgo consistente con lo encontrado en otro reporte en el que se documentó una alta incidencia de riesgo tromboembólico en pacientes con FA ⁹. La evaluación de este riesgo debe ser dinámico, se sugiere realizarse al menos cada año y cada 4 meses si es posible, debido a que los pacientes de bajo riesgo inicialmente no reciben anticoagulantes ¹⁰. En un estudio que tuvo como objetivo observar los cambios en la puntuación de CHA₂DS₂-VASC a lo largo del tiempo, se encontró que, después de un periodo de seguimiento de 2 años, la mayoría de los pacientes presentó un aumento en la puntuación de CHA₂DS₂-VASC comparado con la escala inicial, aumentando así el riesgo de eventos tromboembólicos ¹¹. En Cuba se analizó el riesgo tromboembólico en pacientes con FA y se encontró que más de la mitad presentaba riesgo elevado ¹².

Tabla 3. Tratamiento recibido por los pacientes con fibrilación auricular (n 204)

Tratamiento recibido	Frecuencia	%
Antiarrítmico	134	65
Amiodarona	125	93,3
Amiodarona - digoxina	5	3,7
Digoxina	3	2,23
Flecainida	1	0,74
Control de la frecuencia	176	86,2
Carvedilol	76	43,2
Nevibolol	60	34,2
Bisoprolol	38	21,6
Atenolol	1	0,5
Propranolol	1	0,5
Anticoagulante	160	78,4
Rivaroxabán	76	47,5
Acenocumarol	40	25
Apixabán	33	20,6
Warfarina	11	6,9

En cuanto a la sintomatología, observamos que un gran porcentaje de nuestros pacientes presentaron síntomas leves, lo que es coherente con otros estudios donde también se reporta que la mayoría presentaba síntomas leves a moderados, lo que puede dificultar la identificación temprana de esta arritmia ¹³. Sin embargo, 8,9% de los pacientes en nuestra muestra presentó síntomas graves, lo que subraya la importancia de una evaluación exhaustiva para una mejor gestión clínica y tratamiento de la FA.

Respecto al tratamiento, el 67,5% de nuestros pacientes recibieron fármacos antiarrítmicos, y la amiodarona fue el medicamento más utilizado, un hallazgo semejante a otros estudios, que recomiendan este fármaco como primera opción para el control del ritmo cardíaco ¹⁴. En un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos donde se estudió el manejo de los pacientes con FA, también se observó que para el control del ritmo cardíaco la droga más utilizada fue la amiodarona ¹⁵. En otro estudio prospectivo multicéntrico se encontró que el 37% de los pacientes con

FA estaba recibiendo un antiarrítmico al inicio, y la amiodarona fue el más utilizado en el 34%¹⁶.

En nuestro estudio, el 44,5% de los pacientes presentaron un alto riesgo de sangrado, con ≥ 3 puntos en la escala de HAS-BLED, y el 55,7% un riesgo intermedio. Este hallazgo no concuerda con los del estudio de Ortiz-Galeano *et al.*¹⁷, realizado en el Hospital Militar Central en Paraguay, donde se muestra que la puntuación media en la escala HAS-BLED fue de 1,9 puntos en un 84,2%, reflejando un riesgo bajo a moderado de sangrado. Esta diferencia podría deberse a variaciones en las características de la población estudiada, como una mayor prevalencia de comorbilidades (hipertensión arterial, insuficiencia renal o hepatopatías) o de tratamientos concomitantes que incrementan el riesgo de sangrado en nuestra cohorte.

En nuestro estudio, el 78,4% de los pacientes recibió tratamiento anticoagulante durante la internación, y el 68,1% utilizó anticoagulantes orales de acción directa. En contraste con este hallazgo, en el estudio de Ortiz-Galeano *et al.*¹⁷, se reportó que la mayoría de los pacientes recibía anticoagulación oral al alta, siendo los antagonistas de la vitamina K los más utilizados (80%), lo que podría explicarse por el alto costo de los anticoagulantes orales de acción directa. Otro estudio español mostró que, de los pacientes con necesidad de anticoagulación al alta, el 60% recibieron indicación de anticoagulantes orales de acción directa¹⁸. El 4,9% (10 pacientes) de nuestros pacientes presentaron ictus hemorrágico durante la internación, lo cual imposibilitó temporalmente el inicio de tratamiento anticoagulante. En un reporte de 1042 pacientes con FA se evidenció que 16,8% presentó accidente cerebrovascular hemorrágico durante la hospitalización, y en estos individuos la tasa de mortalidad/discapacidad al alta fue más elevada¹⁹. Este riesgo siempre está presente por lo que resulta imprescindible aplicar las escalas de riesgo tromboembólico y de sangrado,

aunque, finalmente, la decisión debe ser del paciente, previo consentimiento informado.

La mortalidad en nuestra muestra fue del 2% que en su mayoría fue atribuida a cuadros infecciosos no relacionados directamente a la FA. Este dato es ligeramente menor a lo reportado por un estudio estadounidense donde se incluyó a pacientes con insuficiencia cardíaca y FA, en donde se encontró una mortalidad de 6,8% para varones y 4,8% en mujeres²⁰. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en las características basales de los pacientes, ya que el estudio estadounidense incluyó una población con insuficiencia cardíaca concomitante, condición que incrementa significativamente el riesgo de mortalidad. No se encontraron estudios similares que midan la mortalidad de pacientes con FA en pacientes sin complicaciones cardíacas.

Entre las fortalezas de este estudio incluyen un número adecuado de pacientes hospitalizados con FA y una descripción detallada de las comorbilidades y el tratamiento en una población hospitalaria específica de Paraguay. Sin embargo, el estudio presenta limitaciones. Al ser un estudio retrospectivo, no se puede evaluar la eficacia a largo plazo de los tratamientos. Además, al haber sido realizado en un solo centro hospitalario no se puede generalizar los resultados a la población general.

En conclusión, en esta cohorte de pacientes hospitalizados con FA, se observó una alta frecuencia de uso de anticoagulación durante la internación, con predominio en varones y una edad media de 67 años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida de la cardiopatía estructural. La mayoría de los pacientes presentaba algún grado de dependencia física y síntomas leves. Un elevado porcentaje presentó alto riesgo tromboembólico, coexistiendo con una proporción importante de riesgo hemorrágico. A pesar de ello, la incidencia de ictus hemorrágico fue baja y, en los casos observados, correspondió al motivo de ingreso y ocurrió previo al inicio de la

anticoagulación, lo que condicionó su contraindicación temporal. La mortalidad intrahospitalaria fue baja y principalmente atribuida a causas infecciosas no relacionadas directamente con la FA. En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de una adecuada estratificación del riesgo tromboembólico y hemorrágico para optimizar el manejo de estos pacientes en el contexto hospitalario.

Conflictos de intereses

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido para la concepción del estudio, recolección y análisis de datos, discusión y conclusión, revisión de la versión final y han dado su consentimiento para la publicación de la investigación.

Fuente de financiación

Autofinanciado.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles en:

https://revistaspmi.org.py/bd/2026/26_26_base_de_datos.xlsx

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://revistaspmi.org.py/dictámenes/2026/26_dictámenes.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Rev Esp Cardiol [Internet]. 2021 [citado 12 Oct 2025];74(5):437.e1-437.e1. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-2020-sobre-el-diagnostico-y-tratamiento-S0300893220306953-pdf>
2. Cadavid-Zuluaga V, Agudelo-Uribe JF, Ramírez-Barrera JD, Sáenz-Jaramillo G, Miranda-Arboleda AF, Bareño-Silva J. Epidemiología de la fibrilación auricular en una clínica de alta complejidad. Estudio de una cohorte retrospectiva. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2022 [citado 12 Oct 2025];29(2):150-4. Disponible en: https://www.rccardiologia.com/files/rcc_22_29_2_150-154.pdf
3. Brundel BJM, Ai X, Hills MT, Kuipers MF, Lip GYH, De Groot NMS. Atrial fibrillation. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 12];8(1):21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35393446/> Subscription required
4. Tuárez Vilegas GA, Siviachay Ochoa TF, Salazar Armijos RE, Pintado Barbecho VP, Criollo Tepan JD, Pérez González MR, et al. Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos? Rev Latinoam Hipertens [Internet]. 2019 [citado 12 Oct 2025];14(4): 497-523. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263002025>
5. Frutos Zenteno ME, Alvarenga Tanii AF, Cáceres Santacruz SM, Caballero Torres ME, Ocampos Mamani CC, Solís Cantero LM, et al. Características clínicas de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico y fibrilación auricular internados en hospital de referencia durante el periodo 2021 a 2022. Rev virtual Soc Parag Med Int [Internet]. 2024 [citado 13 Oct 2025];11(1):e11122415. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-

[38932024000100013&lng=es&nrm=iso&tln](https://doi.org/10.1016/j.rce.2025.502283)
[g=es](https://doi.org/10.1016/j.rce.2025.502283)

6. Arévalo-Lorido JC, Alonso Ecenarro F, Luque-Linero P, García Calle D, Varona Arche JF, Gañán Moreno E, et al. Perfil de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en servicios de medicina interna en España. Registro SUMAMOS-FA-SEMI. Rev Clín Esp [Internet]. 2025 [citado 12 Oct 2025];225(5):502283. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2025.502283>

Se requiere suscripción

7. Oltman CG, Kim TP, Lee JWY, Lupu JD, Zhu R, Moussa ID. Prevalence, management, and comorbidities of adults with atrial fibrillation in the United States, 2019 to 2023. JACC: Adv [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 12];3(11):101330. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39741649/>

8. Apiyasawat S, Kornbongkotmas S, Chichareon P, Krittayaphong R. Mortality risk and temporal patterns of atrial fibrillation in the nationwide registry. J Arrhythm [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 12];37(6):1434-42. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34887947/>

9. Esteve-Pastor MA, Rivera-Caravaca JM, Roldán V, Marín F. Riesgo embólico, riesgo isquémico y riesgo hemorrágico. Rev esp cardiología Supl [Internet]. 2019 [citado 12 Oct 2025];18(Suppl A):3-8. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1131358719300287?via%3Dihub>

Se requiere suscripción

10. Chao TF, Joung B, Takahashi Y, Lim TW, Choi EK, Chan YH, et al. 2021 Focused update consensus guidelines of the Asia Pacific Heart Rhythm Society on stroke prevention in atrial fibrillation: Executive summary. Thromb Haemost [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 12];122(1):20-47. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34773920/>

11. Tsiartas E, Samaras A, Papazoglou AS, Kartas A, Moysidis DV, Gemousakakis E, et al. Changes in CHA2DS2-VASc score and risk of ischemic stroke among patients with atrial fibrillation. Heart Vessels [Internet].

2023 [cited 2025 Oct 12];38(10):1267-76. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10465382/>

12. Echevarria-Cruz A, Gracia-Peña EA, Suárez López DE, García Acosta A, Prieto Suárez M. Thromboembolic and hemorrhagic risk in permanent nonvalvular atrial fibrillation. Salud Cienc Tecnol [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 12];2:162. Available from:

<https://doi.org/10.56294/saludcyt2022162>

13. Inohara T, Shrader P, Pieper K, Blanco RG, Thomas L, Singer DE, et al. Association of atrial fibrillation clinical phenotypes with treatment patterns and outcomes: A multicenter registry study. JAMA Cardiol [Internet]. 2018 [cited 2025 Oct 12];3(1):54-63. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29128866/>

14. Valembois L, Audureau E, Takeda A, Jarzebowski W, Belmin J, Lafuente-Lafuente C. Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 13];2019(9):CD005049. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31483500/>

15. Oltman CG, Kim TP, Lee JWY, Lupu JD, Moussa ID. Expanding the dialogue on atrial fibrillation in the United States. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 12];85(4):e61. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39880552/>

16. Pokorney SD, Holmes DN, Shrader P, Thomas L, Fonarow GC, Mahaffey KW, et al. Patterns of amiodarone use and outcomes in clinical practice for atrial fibrillation. Am Heart J [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 12];220:145-54. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31812756/>

17. Ortiz-Galeano I, Fleitas-Halaburda NE, Boccia-Paz A, Arrúa-Torreani N. Anticoagulación oral y riesgo de sangrado en pacientes con fibrilación auricular no valvular del Hospital Militar Central. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2020 [citado 12 Oct 2025];18(2):47-53.

Disponible en:

<https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.47>

18. Fácila L, Cordero A, Valverde Tavira A, Rilo Miranda I, Laskibar Asua A, Tirapu L, et al. Characterization and anticoagulation treatment patterns of hospitalized patients with nonvalvular atrial fibrillation in Spain: The CARISMA registry. *Int J Cardiol Heart Vasc.* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 12]; 57:101639. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40104835/>

19. Gurol EM, Das AS, Daoud N, Wohlfahrt A, Gokcal E, Yaghi S, et al. Abstract 38: Hemorrhagic strokes in patients with atrial fibrillation: The neuro-afib study. *Stroke* [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 13];52(Suppl_1). Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.52.suppl.1.38>

20. Zuin M, Bertini M, Vitali F, Turakhia M, Boriani G. Heart failure-related death in subjects with atrial fibrillation in the United States, 1999 to 2020. *J Am Heart Assoc.* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 12]; 13(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38686875/>