

Conducta antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico. Hospital Faustino Pérez. Año 2017

Antithrombotic behavior in patients with auricular fibrillation and ischemic stroke. Hospital "Faustino Pérez". 2017

Dr. Luis Enrique Moreno Peña, Dra. Idalia Teresita Hernández Hervis, Dr. Raúl Moreno Peña, Dra. Gladis García Peñate, Dra. Dayani García García.

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: se realizó un estudio observacional transversal en pacientes con fibrilación auricular ingresados con ictus isquémico en la sala de neurología del Hospital Faustino Pérez el año 2017.

Objetivo: describir la conducta antitrombótica en estos pacientes previa al ingreso en relación con: riesgo de embolismo y sangrado, factores de riesgo de sangrado, tratamiento antitrombótico indicado.

Materiales y métodos: el universo del estudio fue de 40 pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico. Durante el ingreso a los pacientes y/o familiares se les aplicó una encuesta para la obtención de la información. Se determinó el riesgo de embolismo y sangrado según las escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED respectivamente.

Resultados: predominó el grupo de edades de 75-84 años con 50%, 95% de los pacientes presentó alto riesgo de embolismo, los factores de riesgo de sangrado más frecuente fueron la edad > 65 años y la hipertensión arterial con 95%

y 85% respectivamente, 70 % presentó bajo riesgo de sangrado y en pacientes con alto riesgo de sangrado el 20% presentó puntuación de 3 puntos, 60% de los pacientes no presentó tratamiento antitrombótico antes del ingreso con ictus isquémico asociado a fibrilación auricular, 35 % fue tratado con antiagregantes plaquetario y solo 5% con tratamiento anticoagulante.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes fueron mayores de 75 años con alto riesgo de embolismo y bajo riesgo de sangrado por lo cual era recomendada la anticoagulación. Los anticoagulantes orales son poco indicados en pacientes con fibrilación auricular a pesar de asociarse a mayor supervivencia.

Palabras clave: fibrilación auricular, riesgo de embolismo, ictus isquémico, riesgo de sangrado.

ABSTRACT

Introduction: it was carried out a transversal observational study in the hospitalized patients with atrial fibrillation and ischemic stroke in the neurology service of Faustino Pérez Hospital in 2017.

Objective: To delineate the antithrombotic management in these patients prior to be admitted in the hospital in regard to embolism risk and bleeding risk, bleeding risk factors, antithrombotic therapy indicated.

Materials and methods: The universe of the study was 40 patients with AF and ischemic stroke. During the hospitalization of the patients were applied a survey to patients and/or their relatives for getting the information. The embolism risk and bleeding risk were defined according to CHA2DS2-VASc and HAS-BLED scales respectively.

Results: The most prevalence ages group was of the 75-84 year-old, in 95% of the patients the embolism risk was high, the most frequent bleeding risk factors for bleeding were age over 65 years and arterial hypertension with 95% y 85% respectively, in 70% bleeding risk was low and in patients with high bleeding risk the 20% carried a score of 3 points, 60% of the patients hadn't antithrombotic therapy prior to be hospitalized with ischemic stroke, 35 % used antiplatelet Agents and only 5% used anticoagulants therapy.

Conclusion: The most hospitalized patients with ischemic stroke and AF had high embolism risk and low bleeding risk and should be treated with oral anticoagulant therapy. Oral anticoagulants are underused patients with atrial fibrillation despite of being associated with more survival.

Key Words: atrial fibrillation, embolic risk, ischemic stroke, bleeding risk.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca clínicamente relevante más frecuente.^{1,2} Afecta al 1-2% de la población general y su prevalencia aumenta progresivamente con la edad y es mayor en el hombre que en la mujer.^{2,4} La prevalencia de FA es creciente sobre todo por el mejor tratamiento de las diversas enfermedades cardiovasculares, que prolongan la vida de los pacientes asociándose al envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida.^{1,2,5} La población no está ajena a estos cambios demográficos lo cual es pronóstico de su incremento creciente. Esta arritmia se asocia a graves complicaciones como el ictus o la embolia sistémica con una influencia negativa en la supervivencia, con graves secuelas y deterioro de la calidad de vida de los pacientes que sobreviven.^{3,6} El riesgo que tienen los pacientes con FA de sufrir ictus es muy elevado y los estudios epidemiológicos indican que por cada cinco casos de ictus isquémico que se diagnostican, uno se presenta en personas con FA.^{6,7}

Teniendo en cuenta la magnitud de este problema en los últimos años la mayoría de las sociedades cardiológicas como la sociedad europea de cardiología, la sociedad americana del corazón (AHA) y otras sociedades nacionales de diferentes países como la sociedad española de cardiología han publicado guías de actuación de la FA con actualizaciones periódicas de las mismas. El objetivo terapéutico más importante en los pacientes con FA es prevenir las complicaciones tromboembólicas, como el ACV.^{1,4-8} Estudios recientes han demostrado que la escala CHA2DS2-VASc discrimina con más precisión el riesgo de embolismo y las guías internacionales actuales de FA recomiendan la misma.^{1-3,9} Esta escala tiene en cuenta 8 factores de riesgo de embolismo representados según sus iniciales en inglés y se da un punto por la presencia de cada uno de los siguientes: insuficiencia cardiaca (C), hipertensión arterial (H), *diabetes mellitus* (D), enfermedad vascular (V), edad 65-74 años (A), Sexo femenino (S) y 2 puntos por el antecedente de Ictus isquémico previo (S2) y edad ≥ 75 años (A2) dando como resultado una puntuación que puede variar desde 0 hasta 9 puntos considerándose como alto riesgo de embolismo la puntuación ≥ 2 y la consiguiente necesidad de anticoagulación.⁹⁻¹¹ También se han desarrollado distintas escalas para estratificar el riesgo de sangramientos pero el sistema de puntuación con el mejor equilibrio entre sencillez y precisión es el índice HAS-BLED representado según sus iniciales en inglés: hipertensión arterial (H), función renal y/o hepática anormal(A), antecedente de Ictus previo (S), hemorragia importante previa o predisposición a hemorragias (B), INR lábil (L), edad >65 años (E), consumo concomitante de drogas que interfieren en la coagulación (antiagregantes plaquetarios o antiinflamatorios no esteroideos) y/o alcohol (D).¹²⁻¹⁴ Cada uno de esos componentes vale 1 punto. A medida que el índice pasa de 0 al máximo de 9, se produce un incremento gradual en el riesgo de hemorragias de los pacientes al tratarse con warfarina. Esta es la recomendada por las guías internacionales actuales de FA y la obtención de una puntuación ≥ 3 indica un alto riesgo de sangramiento lo cual no contraindica la anticoagulación pero alerta al médico hacia un mayor control de los factores de riesgo de sangrado y un seguimiento más estricto de los parámetros de la coagulación,^{1,2,15} los datos del registro sueco de anticoagulación en pacientes con FA no valvular con más de 180000 pacientes han demostrado que el beneficio de la anticoagulación se mantiene incluso con un índice HAS-BLED elevado. Está demostrado que la warfarina es más eficaz que el ácido acetilsalicílico para prevenir las complicaciones tromboembólicas con un riesgo de hemorragias muy similar.^{2,3,16} Sin embargo, el autor es de la opinión de que a pesar de la anticoagulación con warfarina tener un nivel de evidencia y recomendación IA en el tratamiento de los pacientes con FA y un alto riesgo de embolismo no es una práctica habitual en nuestro medio y la

mayoría de los pacientes al momento de presentar un ictus cardioembólico no han presentado una prevención del mismo con anticoagulación lo cual motivó a la realización de este estudio con el objetivo de describir el manejo antitrombótico en la prevención del ictus en los pacientes ingresados en la sala de neurología con FA e ictus isquémico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal en los pacientes con fibrilación auricular ingresados con ictus isquémico en la sala de neurología del Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez, el año 2017 con el objetivo de describir manejo antitrombótico en la prevención del ictus en los pacientes ingresados en la sala de neurología con FA e ictus isquémico en relación con algunos aspectos como su distribución según edad y sexo, factores de riesgo de sangrado, riesgo de embolismo y sangrado, tratamiento antitrombótico indicado. El universo del estudio quedó conformado por 40 pacientes con fibrilación auricular asociada a ictus isquémico que fueron encuestados y cumplieron con los criterios de inclusión y no cumplieron los criterios de exclusión establecidos.

Criterios de inclusión

Ingresar en la sala de neurología con diagnóstico de Ictus Isquémico y presentar FA en algunos de los electrocardiogramas (ECG) realizados durante el ingreso.

Ingresar en la sala de neurología con diagnóstico de ictus isquémico y detectarse FA durante la monitorización electrocardiográfica.

Haber sido encuestado por el equipo investigador durante el ingreso.

Criterios de exclusión

Pacientes y/o familiares a quienes no fue posible aplicar la encuesta por cualquier causa.

Pacientes y/o familiares que no dieron su aceptación para ser incluidos en la investigación.

Pacientes que fueron trasladados o ingresados en otras salas.

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

anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios o ausencia de tratamiento antitrombótico.

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

RESULTADOS

En la tabla 1, se observa que el 70% de los pacientes correspondió al sexo masculino y el 30% restante al sexo femenino. El grupo de edades predominante fue el de 75-84 años con el 50% seguido por el grupo de más de 85 años con el 35%.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con ictus isquémico asociado a fibrilación auricular según sexo y grupos de edades

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos 65	2	5	0	0	2	5
65-74	4	10	0	0	4	10
75-84	12	30	8	20	20	50
Más de 85	10	25	4	10	14	35
Total	28	70	12	30	40	100

El 95% de los pacientes presentó alto riesgo de embolismo y solo el 5% un bajo riesgo según escala CHA2DS2VAS, esto se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Riesgo de embolismo en pacientes con ictus isquémico asociado a fibrilación auricular según escala CHA2DS2VAS

Riesgo de embolismo	No.	%
Bajo (0 puntos)	-	-
Moderado(1 punto)	2	5
Alto(≥ 2 puntos)	38	95
Total	40	100

En la tabla 3, los factores de riesgo de sangrado más frecuente en nuestros pacientes según la escala HAS-BLED fueron la edad > 65 años y la hipertensión arterial con el 95% y el 85% de los pacientes respectivamente, seguidos de la ingestión de drogas que interfieren en la coagulación o el alcohol con 35%.

Tabla 3. Factores de riesgo de sangrado en pacientes con ictus isquémico asociado a fibrilación auricular según escala HAS-BLED

Factores de riesgo	No.	%
H (Hipertensión arterial)	34	85
A (Alteración de la función renal y/o hepática)	4	10
S (Ictus previo)	8	20
B (Sangrado previo)	6	15
L(INR lábil)	-	-
E (Edad > 65 años)	38	95
D (Drogas o alcohol)	14	35

N=40

En la tabla 4, el 70 % de los pacientes presentó un bajo riesgo de sangrado y 30% presentó un alto riesgo de sangrado según HAS-BLED. Entre los pacientes con bajo riesgo de sangrado predominó la puntuación de 2 puntos con 55% y en los pacientes con alto riesgo la puntuación de 3 puntos con 20%.

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

Puntuación	No.	%	Riesgo de sangrado	No.	%
1 punto	6	15	Bajo(< 3 puntos)	28	70
2 puntos	22	55			
3 puntos	8	20	Alto(\geq 3 puntos)	12	30
4 puntos	2	5			
5 puntos	2	5			
Total	40	100		40	100

Se muestra en la tabla 5 que el 60% de los pacientes no presentó ningún tratamiento antitrombótico al momento del ingreso con ictus isquémico asociado a FA, el 35 % había sido tratado con antiagregantes plaquetario y solo 5% estaba con tratamiento anticoagulante.

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

Tratamiento antitrombótico indicado	No.	%
Ninguno	24	60
Antiagregantes plaquetario	14	35
Anticoagulante	2	5
Total	40	100

DISCUSIÓN

En este estudio predominaron los pacientes del sexo masculino con 70%, lo cual coincide con la literatura revisada que plantea que los varones están afectados más frecuentemente que las mujeres. Consideramos necesario aclarar que la primera tabla y la discusión de sus resultados se repiten de una publicación anterior de este que forma parte de este mismo estudio, pensamos que es necesario para que los lectores comprendan las características demográficas del universo del estudio. Múltiples investigaciones describen una mayor prevalencia en los hombres que se aproxima a duplicar la de las mujeres (1.5- 2:1),^{3,13} en este estudio esta ligeramente mayor lo cual puede estar en relación con que la muestra es bastante reducida. Predominó el grupo de edades de 75-84 años con 50% seguido de los mayores de 85 años con 35% de los casos, lo cual se corresponde con la literatura revisada que describe un aumento de la prevalencia en relación con el incremento de la edad desplazándose la media de prevalencia actualmente a la edad de 75-84 años.^{17,18} Si tenemos en cuenta que el grupo de más de 85 años, es el más pequeño dentro de esta pirámide poblacional, y sin embargo representa el 35 % de estos pacientes, es de esperarse, la mayor prevalencia en este grupo de edades.

El 95% de los pacientes presentó alto riesgo de embolismo al presentar una puntuación según la escala CHA₂DS₂VAS ≥ 2 puntos. Esta escala tiene en cuenta 8 factores de riesgo de embolismo representados según sus iniciales en inglés y se da un punto por la presencia de cada uno de los siguientes: insuficiencia cardiaca (C), hipertensión arterial (H), diabetes mellitus (D), enfermedad vascular (V), edad 65-74 años (A), sexo femenino (S) y 2 puntos por el antecedente de ictus isquémico previo (S2) y edad ≥ 75 años (A2) dando como resultado una puntuación que puede variar desde 0 hasta 9 puntos considerándose como alto riesgo de embolismo la puntuación ≥ 2 . Llama la atención del autor el alto riesgo de embolismo en la gran mayoría de los pacientes con FA (95%) pero si tenemos en cuenta que la investigación se desarrolla en pacientes que se encuentran ingresados con ictus isquémico lo cual hace pensar que debían presentar una mayor prevalencia de factores riesgo de embolismo establecidos para presentar una mayor probabilidad para sufrir un ictus isquémico,; además en su mayoría (85%) presentó edad mayor de 75 años y en esta edad son muy frecuentes comorbilidades como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca, la diabetes mellitus y las vasculopatías que también constituyen factores de riesgo de embolismo en los pacientes con FA, entonces podemos explicarnos el alto porcentaje del pacientes con alto riesgo embólico en el estudio, que además tiene la limitación de ser relativamente pequeño por su amplitud. En un estudio realizado en España de 180 pacientes con FA con edad media del diagnóstico de 75, 07 años se reportó un 92,9% de alto riesgo de embolismo.¹⁷ Este estudio a pesar de no haberse realizado en pacientes con ictus isquémico, también tiene un alto porcentaje de paciente con alto riesgo de embolismo que se aproxima a este resultado. Otros estudios en Estados Unidos y otros países europeos también registran un alto porcentaje de los pacientes con FA con alto riesgo de embolismo.^{4,11,18}

Los factores de riesgo de sangrado más frecuente en nuestros pacientes según la escala HAS-BLED fueron la edad > 65 años y la hipertensión arterial con el 95% y el 85% de los pacientes respectivamente, seguidos de la ingestión de drogas que interfieren en la coagulación o el alcohol con 35%. La edad > 65 años es el factor de riesgo de sangrado más frecuente en este estudio y en la totalidad de la literatura

revisada.^{1,18,19} Teniendo en cuenta que la edad promedio de la FA no valvular se sitúa a los 75 años siendo así el factor de riesgo más frecuente de la FA: además se realizó en pacientes con FA e ictus isquémico y también para los ictus la edad > 65 años es el factor de riesgo más frecuente todo lo cual explicaría el alto porcentaje de pacientes mayores de 65 años.

El segundo factor de riesgo de sangrado más frecuente fue la hipertensión arterial que es uno de los factores más importantes asociados con la FA y los pacientes que la padecen tienen un 40 % más de riesgo de desarrollar una FA que los normotensos; además se realizó en pacientes con ictus isquémico y el 95% de los pacientes tienen más de 65 años y es bien conocido que el aumento de la edad y la hipertensión arterial son los factores de riesgo más frecuente en los pacientes con ictus isquémico lo cual pudiera explicar alta prevalencia de HTA en estos pacientes.^{2,4,20} Es importante tener en cuenta que al controlar la hipertensión arterial con cifras de tensión sistólica < 160mmHg se reduce el riesgo de sangramiento y esta condición deja de ser un factor de riesgo de sangrado lo cual se puede lograr en la mayoría de los pacientes.

El tercer factor de riesgo de sangrado más frecuente en estos pacientes fue el uso de drogas que interfieren en la coagulación como la aspirina y menos frecuentemente los FAINE y el alcohol. Este es un factor de riesgo que es posible eliminarlo en casi la totalidad de los pacientes ya que la mayoría de los pacientes que tomaban aspirina eran tributarios de anticoagulación y solo con cambiar la aspirina por warfarina se elimina este factor de riesgo y se indica el tratamiento adecuado pudiendo cambiar el riesgo de sangrado de alto a bajo.

El 70 % de los pacientes presentó un bajo riesgo de sangrado y 30% presentó un alto riesgo de sangrado según HAS-BLED.

Una consideración importante en la instauración y seguimiento de los pacientes con anticoagulantes orales es el riesgo de hemorragia. Se han desarrollado varios sistemas de índices de gradación del riesgo para evaluar la susceptibilidad de un paciente a sufrir complicaciones hemorrágicas. El sistema de puntuación con el mejor equilibrio entre sencillez y precisión es el índice HAS-BLED.^{12,14,21}

En los pacientes con alto riesgo de sangrado la puntuación más frecuente fue de 3 puntos con 20% y con solo el control adecuado de la tensión arterial reduciendo la tensión arterial sistólica por debajo de 160mmHg y con la sustitución de antiagregantes plaquetario (Aspirina) por anticoagulante (warfarina) pudieran pasar a un bajo riesgo de sangramiento, no obstante un alto riesgo de sangramiento con una puntuación ≥ 3 puntos no contraindica la anticoagulación sino alerta la médico que la misma debe ser administrada con cautela y debe actuar sobre los factores de riesgo modificables como la hipertensión arterial, el consumo de drogas que interfieren en la coagulación y el alcohol así como un control más estricto del INR para evitar su labilidad con un aumento por encima de tres lo cual incrementa considerablemente el riesgo de sangramientos.

Un 5% de los pacientes presentó alto riesgo de sangrado la puntuación de 4 y 5% con 5 puntos. En los pacientes con 4 puntos la decisión de iniciar la anticoagulación en un paciente debe ser individualizada teniendo en cuenta su riesgo de embolismo y la posibilidad de controlar los factores de riesgo de sangrado incluido un control estricto del INR pero no está contraindicada la anticoagulación. Sin embargo en los pacientes con un índice HAS-BLED de con 5 o más existe un riesgo anual de hemorragias

importantes del 12% o superior y sería imprudente tratar a estos pacientes con warfarina estando contraindicada la anticoagulación.^{1,19,21}

El 60% de los pacientes no presentó ningún tratamiento antitrombótico al momento del ingreso con ictus isquémico asociado a FA, lo cual pensamos que estuvo en relación con la ausencia de diagnóstico de FA, previo al ingreso del paciente con ictus isquémico en 55% de los pacientes lo cual evidenció un fracaso de la pesquisa, la tendencia a no indicar anticoagulación en los pacientes con edad avanzada por el temor al sangramiento e indicar antiagregantes plaquetario lo cual explicaría también que este fue el tratamiento en la mayoría de los pacientes con tratamiento antitrombótico con el 35% de los pacientes cuando estos tienen una escasa protección para el desarrollo de ictus asociado a FA y tienen riesgo de sangramiento muy similar a los anticoagulantes, además el 95% de los pacientes presentó riesgo alto de embolismo lo cual los hacía candidatos a tratamiento anticoagulante y el 90% no tenía contraindicación de la anticoagulación pudiendo ser tratados con anticoagulantes. Otros factores que también pueden haber influido en el bajo porcentaje de pacientes con anticoagulación pueden ser la ubicación geográfica distante del hospital o unidad de salud donde se realiza su seguimiento con INR.

Está bien demostrado que la anticoagulación es el mejor tratamiento antitrombótico en la prevención del ictus isquémico en los pacientes con FA y a pesar de la aparición en el mercado de nuevos anticoagulantes orales (inhibidores directos de la trombina y del factor X activado los AVK como la warfarina siguen teniendo una recomendación I A siempre y cuando el seguimiento con el INR sea adecuado.^{1,2,19}

Está demostrado que la warfarina es más eficaz que el ácido acetilsalicílico para prevenir las complicaciones tromboembólicas. Un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados principales que comparan el tratamiento con warfarina y con placebo, para la prevención de tromboembolia en pacientes con FA, ha demostrado que warfarina reduce el riesgo de ACV de todo tipo (isquémico y hemorrágico) en un 61%.^{1,2,20}

En dos estudios de cohortes de gran tamaño que sumaban 132.37216 y 170.292 pacientes con FA no valvular, se calcularon los índices CHA2DS2-VASc y HAS-BLED en cada paciente. El beneficio clínico neto de la warfarina quedó definido como el número de ACV sucedidos sin toma de warfarina menos el número de episodios de hemorragia intracraneal ocurridos con la toma de warfarina. En ambos estudios, la warfarina se asociaba con un beneficio clínico neto excepto si el índice CHA2DS2-VASc era 0. En pacientes con índice CHA2DS2-VASc de 1 o superior, el riesgo de ACV en ausencia de warfarina superaba el número de complicaciones hemorrágicas durante el tratamiento con este anticoagulante.^{1,2}

A pesar de los argumentos que justifican el tratamiento anticoagulante en los pacientes con FA con alto riesgo de embolismo e incluso con un riesgo moderado (CHA2DS2-VASc de 1) la indicación de este tratamiento no se realizó en la mayoría de los pacientes. En estudios reportados en otros países como España se alcanza un mayor porcentaje de pacientes con tratamiento anticoagulante que se aproxima al 70%.¹⁷

Concluimos que en este estudio predominó la FA en los pacientes con ictus isquémico del sexo masculino y en mayores de 75 años, la mayoría de los pacientes presentó un alto riesgo de embolismo con un bajo riesgo de sangrado sin embargo solo el 5% había

sido tratado con anticoagulantes lo que evidencia su escasa indicación a pesar de ser el tratamiento recomendado en la gran mayoría de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014; 130(2):2071-2104. Citado en Pub Med; PMID: 24682348.
- 2- Kirchhoff P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC, endorsed by the European Stroke Organization (ESO). *Eur Heart J* [Internet]. 2016 [citado 15 Dic 2017]; 37(38):2893-2962. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/38/2893/2334964>
- 3- Verma A, Cairns JA, Mitchell LB, et al. 2014 focused update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol*. 2014; 30(10):1114-30. Citado en Pub Med; PMID: 25262857.
- 4- Calderón A, et al. Anticoagulación y fibrilación auricular no valvular. Elsevier España. SEMERGEN [Internet]. 2013 [citado 15 Dic 2017]; 39(Supl 1):17-23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-sumario-vol-39-num-s1-S1138359313X79018>
- 5- Gómez JJ, Muñiz J, Martín JJ, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2014 [citado 15 Dic 2017]; 67(4):259-69. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-fibrilacion-auricular-espana-resultados/articulo/90283551/>
- 6- Sanna T, Diener HC, Passman RS, et al. Cryptogenic stroke and underlying atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2014; 370(26):2478-86. Citado en PubMed; PMID: 24963567.
- 7- Roldán I, Anguita M, Marín F, et al. Current antiarrhythmic therapy for nonvalvular atrial fibrillation in Spain. Data from the FANTASIIA registry. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(1):54-60. Citado en PubMed; PMID: 26093482.
- 8- Gladstone DJ, Spring M, Dorian P, et al. Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 [citado 15 Dic 2017]; 370:2467-77. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311376>
- 9- Joundi RA, Cipriano LE, Sposato LA, et al. Ischemic stroke risk in patients with atrial fibrillation and CHA2DS2-VASc score of 1. Systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2016; 47(5):1364-67. Citado en PubMed; PMID: 27026630.

- 10- Gallego P, Roldán V, Marín F. SAME-TT2R2score, time in therapeutic range and outcomes in anticoagulated patients with atrial fibrillation. *Am J Med.* 2014;127(11). Citado en PubMed; PMID: 24858062.
- 11- Mueller S, Pfannkuche M, Breithardt G, et al. The quality of oral anticoagulation in general practice in patients with atrial fibrillation. *Eur J Inter Med.* 2014;25(3):247–54. Citado en PubMed; PMID: 24477050.
- 12- Apostolakis S, Sullivan RM, Olskansky B. Factors affecting quality of anticoagulation control among patients with atrial fibrillation on warfarin. The SAME-TT2R2 score. *Chest.* 2013;144(5):1555–63. Citado en PubMed; PMID: 23669885.
- 13- Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a metaanalysis of randomised trials. *Lancet.* 2014;383(9921):955-62. Citado en PubMed; PMID: 24315724.
- 14- Lipp GYH, Haguenoer K, Saint-Etienne C. Relationship of the SAME-TT2R2 score to poor quality anticoagulation, stroke, clinically relevant bleeding, and mortality in patients with atrial fibrillation. *Chest.* 2014;146(6):719–26. Citado en PubMed; PMID: 24722973.
- 15- Sticherling C, Marín F, Birnie D, et al. Antithrombotic management in patients undergoing electrophysiological procedures: a European Heart Rhythm Association (EHRA) position document endorsed by the ESC Working Group Thrombosis, Heart Rhythm Society (HRS), and Asian Pacific Heart Rhythm Society (APHRS). *Europace.* 2015;17(18):1197-1214. Citado en PubMed; PMID :26105732.
- 16- Piccini PP, Hellkamp AS, Lokhnygina Y, et al. Relationship between time in therapeutic range and comparative treatment effect of rivaroxaban and warfarin: results from the ROCKET AF trial. *J Am Heart Assoc.* 2014;3(2):e000521. Citado en PubMed; PMID: 24755148.
- 17- Giménez E, Clua J L, Bosch R, et al. El circuito asistencial de la fibrilación auricular en pacientes ambulatorios. *Aten Primaria [Internet].* 2014 [citado 15 Dic 2017];46(2):58-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001911>
- 18- Lobos J, Castillo J, Mena A, et al. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. *Med Clin (Barc) [Internet].* 2013 [citado 15 Dic 2017];141(7):279–86. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-caracteristicas-los-pacientes-abordaje-terapeutico-S0025775313002662>
- 19- Roldan I, Marín F. On the way to a better use of anticoagulants in nonvalvular atrial fibrillation. Proposed amendment to the therapeutic positioning report UT/V4/23122013. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:551-553. Citado en Pub Med; PMID: 27162063.

20- Anguita M, Bertomeu V, Cequier A, et al. Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores asociados. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2015 [citado 15 Dic 2017];68(9):761–68. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/calidad-anticoagulacion-con-antagonistas-vitaminak/articulo/90435978/>

21- Abumuaileq RR, Abu-Assi E, Raposeiras-Roubin S, et al. Comparison between 3 bleeding scoring systems in nonvalvular atrial fibrillation patients. What can the new ORBIT score provide? Rev Esp Cardiol. 2016;69:1112-1114. Citado en PubMed; PMID: 27546784.

Recibido: 10-4-18
Aprobado: 28-5-18

Luis Enrique Moreno Peña Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez.
Matanzas. Carretera Central Km101. Correo electrónico: gladysg.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moreno Peña LE, Hernández Hervis I, Moreno Peña R, García Peñate G, García García D. Conducta antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico. Hospital Faustino Pérez. Año 2017. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 May-Jun [citado: fecha de acceso];40(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2720/3879>