

Fibrilación auricular en pacientes con ictus isquémico en Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. 2017

Atrial fibrillation in patients with ischemic stroke in the University Hospital Comandante Faustino Pérez. 2017

Dr. Luis Enrique Moreno Peña, Dra. Idalia Teresita Hernández Hervis, Dr. Raúl Moreno Peña, Dra. Gladys García Peñate, Dr. Ricardo Suárez Pozo

Hospital Universitario 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 en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez el año 2017.

Objetivo: caracterizar la fibrilación auricular en estos pacientes en relación con edad y sexo, factores de riesgo, tipo de fibrilación y factores de riesgo de embolismo.

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 sus familiares se les aplicó una encuesta para la obtención de la información.

Resultados: predominó el grupo de edades de 75-84 años y el sexo masculino con el 50 % y 70 % respectivamente. Los factores de riesgo más frecuentes en los pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico fueron la hipertensión arterial y edad mayor de 75 años con 85 % y la insuficiencia cardiaca con 70 %. La fibrilación auricular más frecuente fue la diagnosticada por primera vez con 55 %. Según la respuesta ventricular predominó la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida con 75 %. Los factores de riesgo de embolismo predominantes fueron la hipertensión arterial y la edad ≥ 75 años con 85 % seguida de la insuficiencia cardiaca con 70 %.

Conclusiones: la fibrilación auricular en los pacientes con ictus isquémico predominó en hombres mayores de 75 años, hipertensos con insuficiencia cardíaca y en la mayoría de los pacientes se realizó el diagnóstico de la fibrilación auricular durante el ingreso con ictus isquémico.

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

ABSTRACT

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

Objective: to characterize the atrial fibrillation in these patients taking into account age, sex, risk factors, fibrillation type and embolic risk.

Materials and methods: the universe of the study was 40 patients with atrial fibrillation and ischemic stroke. During the hospitalization, a survey was applied to patients and/or their relatives for collecting the information.

Results: The 75-84 age group predominated and male patients predominated. With 50 % and 70 % respectively. The most frequent risk factors in patients with atrial fibrillation and ischemic stroke were arterial hypertension and being more than 75 years old with 85 % and heart failure with 70 %. The most frequent atrial fibrillation was the one diagnosed for the first time with 55 %. According to the ventricular answer, atrial fibrillation with fast ventricular answer predominated, with 75 %. The predominant embolic risk factors were arterial hypertension and patients aged ≥ 75 years with 85 %, followed by heart failure with 70 %.

Conclusions: atrial fibrillation in in-patients with ischemic stroke was predominant in male hypertensive patients aged 75 years and more with cardiac failure; in most of the patients the atrial fibrillation was made during the hospitalization with ischemic stroke.

Key words: atrial fibrillation, embolic risk, ischemic stroke.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia supra ventricular que se caracteriza electrocardiográficamente por oscilaciones basales de baja amplitud (fibrilatorias u ondas f) y por un ritmo ventricular irregularmente irregular. Las ondas f tienen una frecuencia de 300 a 600 latidos/min y varían en cuanto a amplitud, forma y duración.¹

La estimación actual de la prevalencia de la fibrilación auricular (FA) en el mundo desarrollado es de aproximadamente un 1,5-2 % de la población general y la media de edad del paciente que sufre este trastorno ha ido aumentando paulatinamente, de tal forma que actualmente se sitúa entre 75 y 85 años. Los varones están afectados más frecuentemente que las mujeres. La arritmia se asocia a un riesgo 5 veces mayor de accidente cerebrovascular (ACV), una incidencia tres veces mayor de insuficiencia cardíaca (IC) congestiva y mayor mortalidad.²

La edad avanzada, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca sintomática, valvulopatías aórtica y mitral y la dilatación auricular izquierda, son factores de riesgo independientes de presentación de la FA.^{2,3} También se citan otros factores de riesgo como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, miocardiopatías, disfunción tiroidea, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), apnea del sueño y psoriasis.⁴

Es razonable distinguir cinco tipos de FA basándose en la presentación y la duración de la arritmia: FA diagnosticada por primera vez, paroxística, persistente, persistente de larga duración y permanente.²⁻⁴

La FA diagnosticada por primera vez es aquella que se presenta en el paciente cuando debuta originalmente. La FA que remite espontáneamente antes de los 7 días se denomina paroxística; si se manifiesta continuamente durante más de 7 días se clasifica como persistente y cuando persiste durante más de 1 año se califica como persistente de larga duración; mientras que la FA de larga duración resistente a la cardioversión o el control del ritmo deja de ser un objetivo terapéutico se denomina permanente.^{2,5}

De acuerdo a la frecuencia ventricular, la FA se puede clasificar como respuesta ventricular rápida si la frecuencia cardíaca (FC) es mayor de 100; respuesta ventricular lenta cuando la FC es menor de 60; y respuesta ventricular adecuada con FC de 60 a 100.⁶

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.⁷ Las estadísticas señalan también que por cada 100 pacientes con FA, cinco desarrollarán anualmente un ictus isquémico y tendrán un nivel de incidencia muy superior al de la población general entre dos y siete veces más.⁸ Se ha demostrado que los ictus en el curso de la FA son generalmente más extensos causando mayor estadía hospitalaria y letalidad, mayor recurrencia y secuelas.⁹ La prevención de las complicaciones graves asociadas a la FA dentro de las cuales se encuentran los eventos cardioembólicos y que por su letalidad y sus secuelas tienen un papel preponderante los ictus cardioembólicos. La prevención de estos eventos se realiza con el tratamiento antitrombótico para lo cual importante identificar los factores de riesgo de embolismo en estos pacientes.¹⁰

Dentro de los factores de riesgo de embolismo en los pacientes con FA tienen un mayor peso la edad mayor de 75 años y el antecedente de ictus previo pero existen otros factores de riesgo importantes incluidos en las escalas de estratificación del riesgo de embolismo como la escala CHA₂DS₂-VASc que incluye además la hipertensión arterial, *diabetes mellitus*, enfermedad vascular (evidenciada por infarto de miocardio, placa aórtica compleja, enfermedad arterial periférica o revascularización previa), edad de 65-74 años y sexo femenino.⁸⁻¹¹

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) constituyen la tercera causa de muerte y la primera causa de discapacidad a nivel mundial con similar comportamiento en el país y la provincia. Teniendo en cuenta que los ACV isquémicos representan el 85 % y el 17 % están asociados a FA.

El propósito de esta investigación es de caracterizar la FA en los pacientes ingresados en sala de neurología con ictus isquémico asociado a esta arritmia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal en los pacientes con fibrilación auricular ingresados con ictus isquémico, en la sala de neurología en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez, en el año 2017, con el objetivo de caracterizar la fibrilación auricular (FA) en estos pacientes en relación con algunos aspectos como su distribución según edad y sexo, factores de riesgo, tipos de FA y riesgo de embolismo. 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 factores de riesgo de FA, clasificación de la arritmia según evolución y respuesta ventricular así como factores de riesgo de embolismo.

El tipo de FA según la evolución se clasificó en por primera vez, paroxística, persistente, persistente de larga duración y permanente. Según la respuesta ventricular en rápida, normal y lenta. Los factores riesgo de embolismo estudiado fueron los incluidos en la escala CHA₂DS₂-VASc.

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

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

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

Los factores de riesgo de FA más frecuentes en los pacientes con ictus isquémico asociado a esta arritmia fueron la hipertensión arterial y edad mayor de 75 años con 85 % y la insuficiencia cardiaca con 70 %. Tabla 2

Tabla 2. Factores de riesgo de FA en pacientes con ictus isquémico asociado

Factores de riesgo	No.	%
HTA	34	85
Mayor de 75 años	34	85
Insuficiencia cardíaca	28	70
Cardiopatía isquémica	10	25
Diabetes mellitus	10	25
Obesidad	2	5
EPOC	2	5

N= 40

Las formas de presentación más frecuente de la FA en los pacientes con ictus isquémico asociado según la evolución de la arritmia fueron la diagnosticada por primera vez con 55 % y la persistente con 20 %. Tabla 3

Tabla 3. Clasificación de los pacientes con fibrilación auricular según su evolución

Clasificación evolutiva de la Fibrilación Auricular	No.	%
Primera vez	22	55
Paroxística	4	10
Persistente	8	20
Persistente de larga duración	4	10
Permanente	2	5
Total	40	100

La forma de presentación más frecuente de la FA según la respuesta ventricular en los pacientes con ictus isquémico asociado, fue FA con respuesta ventricular rápida en 75 % de los pacientes. Tabla 4

Tabla 4. Clasificación de los pacientes con fibrilación auricular según la respuesta ventricular

Tipos de Fibrilación auricular	No.	%
Respuesta ventricular rápida	30	75
Respuesta ventricular lenta	2	5
Respuesta ventricular normal	8	20
Total	40	100

Los factores de riesgo de embolismo que predominaron fueron la hipertensión arterial y la edad ≥ 75 años con 85% seguida de la insuficiencia cardíaca con 70 %. Tabla 5

Tabla 5. Factores de riesgo de embolismo en pacientes con ictus isquémico asociado a FA según escala CHA2DS2VAS

Factores de riesgo	No.	%
C (Insuficiencia cardíaca)	28	70
H (Hipertensión arterial)	34	85
A (Edad ≥ 75 años)	34	85
D (Diabetes mellitus)	10	25
S (Ictus previo)	8	20
V (vasculopatía)	10	25
A (Edad 65- 74 años)	4	10
S (Sexo femenino)	12	30

N=40

DISCUSIÓN

En este estudio predominó los pacientes del sexo masculino con 70%, lo cual coincide con la literatura revisada que plantea que los varones están afectados más frecuente que las mujeres.

Desde los estudios de prevalencia de FA de Framingham, entre los años 1968 -1989, hasta investigaciones más recientes se describe una prevalencia en los hombres, que se aproxima a duplicar la de las mujeres (1.5- 2: 1);^{12,13} fue 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.^{13,14} 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 esperar la mayor prevalencia en este grupo de edades.

Los factores de riesgo para la aparición de la FA más frecuentes en los pacientes con esta arritmia asociada a ictus isquémico fueron la hipertensión arterial y la edad mayor de 75 años con 85 %, seguidos de la insuficiencia cardiaca con 70 % de los pacientes. La hipertensión es uno de los factores más importantes asociados con la FA y los pacientes que la padecen tienen un 40 % más de riesgo de desarrollar una FA que los normotensos.

Investigaciones llevadas a cabo por grupos españoles han detectado que aproximadamente el 60 % de los pacientes con FA son hipertensos, si tenemos en cuenta que esta investigación se realizó en pacientes con ictus isquémico y que el 85 % de los mismo tienen más de 5 años pudiera explicarse entonces una mayor prevalencia de HTA en estos pacientes. El envejecimiento aumenta el riesgo de FA, probablemente por pérdida y aislamiento del miocardio auricular dependiente de la edad y por los trastornos de conducción asociados a ello.^{1,15} Diversos estudios han demostrado un incremento de la prevalencia de FA en relación con el incremento de la edad en ambos sexos y este es más marcado en los pacientes con ictus isquémico asociado lo cual puede explicar que el 85% de estos pacientes tengan más de 75 años.¹⁻⁴ La insuficiencia cardiaca sintomática está presente en un 30 % de los pacientes con FA.^{5,14,15}

Se calcula que en España entre el 25 y el 33 % de los pacientes con insuficiencia cardiaca desarrolla una FA.^{7,8} Los cambios mecánicos asociados al remodelado auricular afectan a las propiedades eléctricas de automatismo y conducción del tejido auricular y facilitan la aparición de FA.¹⁵

En este estudio la prevalencia de insuficiencia cardiaca es mayor que en la literatura consultada, el autor supone que puede estar en relación con la avanzada edad del 85 % de los pacientes y lo reducido de la muestra.

En los pacientes ingresados con ictus isquémico asociado llama la atención que predominaron los pacientes con fibrilación auricular diagnosticada por primera vez con 55 %. Esta forma de presentación de la FA es un escalón inicial en la evolución de los pacientes hacia los restantes tipos de FA según la evolución temporal y generalmente representa el primer contacto con el sistema de salud donde se ha logrado su

diagnóstico y se establece una conducta terapéutica, el cual en la mayoría de los casos se debe realizar en la atención primaria.

En la mayoría de estos pacientes se realizó el diagnóstico en la atención secundaria y en el curso del ictus isquémico que es su complicación más temida y resulta un fracaso de las medidas de prevención. Se estima que la FA es responsable de la quinta parte de los ictus isquémicos y cuando estos se presentan asociados a la arritmia son más graves, invalidantes, tienen una mayor estadía hospitalaria, tasa de recurrencia y letalidad que el resto de los ictus isquémicos.^{5,10} Es importante realizar el diagnóstico precoz de la FA que muchas veces puede cursar de forma asintomática, lo cual no reduce el riesgo de ictus y el resto de las complicaciones embólicas.

En ocasiones solo con el examen del pulso se puede encontrar pulsaciones irregulares propias de esta arritmia, que nos sugieren su diagnóstico y la realización de un electrocardiograma y otros estudios para el diagnóstico y estratificación del riesgo del paciente para adoptar una conducta terapéutica incluida la anticoagulación que ha demostrado reducir de manera eficaz la incidencia de ictus en estos pacientes.

Cuando comparamos este resultado con otros realizados en otras latitudes como España y Estados Unidos, podemos observar que tenemos un mayor porcentaje de pacientes sin diagnóstico de la FA previo al ingreso con ictus lo cual puede estar en relación con la mayor edad de los pacientes en los cuales el 85% tenía más de 75 años lo cual trae consigo una menor capacidad de movilización y búsqueda de los servicios de salud; así como una pesquisa deficiente.

En este estudio predominó la FA con respuesta ventricular rápida con 75 %, que es la que se describe con mayor frecuencia y si además tenemos en cuenta que el 55 % de los paciente no tenían diagnóstico previo, y por tanto se encontraban sin tratamiento con antiarrítmicos para reducir la frecuencia ventricular es razonable encontrar un alto porcentaje de pacientes con FA con respuesta ventricular rápida. Esto coincide con la literatura revisada fundamentalmente en aquellos relacionados con la forma de debut de la arritmia y en pacientes sin tratamiento antiarrítmicos previo.^{3,6}

Los factores de riesgo de embolismo más frecuente en los pacientes ingresados con ictus isquémico asociado a FA fueron la hipertensión arterial y la edad mayor de 75 años con 85% seguidos de la insuficiencia cardiaca con 70 %.

La HTA es un factor de riesgo importante para el desarrollo de la FA, así como del ictus y su prevalencia en adultos es aproximadamente del 30% y llega al 68% en mayores de 60 años, puede alcanzar hasta el 80 % en los mayores de 80 años.^{12,13,16}

Si tenemos en cuenta que el 85 % de los pacientes tienen más de 75 años presentando un ictus isquémico asociado a FA, es de esperar una alta prevalencia de este factor de riesgo de embolismo que junto a la edad mayor de 75 años confieren a la mayoría de los pacientes un alto riesgo de embolismo. También contribuyó pero en menor grado a la elevación del riesgo de embolismo la insuficiencia cardiaca que está presente en 70 % de los pacientes y la misma es un factor de riesgo de FA y puede aparecer como consecuencia de la arritmia pero además es un factor de riesgo de embolismo muy frecuente en los pacientes ancianos.

En la literatura revisada coincidimos en que los factores de riesgo de embolismo más frecuentes en los pacientes con FA son la HTA y la edad mayor de 75 años, los cuales a

su vez incrementan la prevalencia de insuficiencia cardiaca que es el tercer factor de riesgo más frecuente de embolismo en este estudio.^{7,12,13,17}

Concluimos que en este estudio predominó la FA en los pacientes con ictus isquémico del sexo masculino y en pacientes mayores de 75 años, los factores de riesgo de FA más frecuentes en los pacientes con ictus isquémico asociado fueron la hipertensión arterial, la edad mayor de 75 años y la insuficiencia cardiaca, la forma de presentación más frecuente de la FA según su evolución fue la diagnosticada por primera vez y según la respuesta ventricular fue la respuesta ventricular rápida. Los factores de riesgo de embolismo que predominaron fueron la hipertensión arterial, la edad ≥ 75 años y la insuficiencia cardiaca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- 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 Aug; 17(8): 1197-214. Citado en Pub Med; PMID: 26105732.
- 2- 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 Dec 2; 130(23):2071-104. Citado en Pub Med; PMID: 24682348.
- 3- 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 J Cardiothorac Surg*. 2016 Nov; 50(5):e1-e88. Citado en Pub Med; PMID: 27663299.
- 4- Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, et al. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. *Eur Heart J*. 2013 Jul; 34(27):2094-106. Citado en Pub Med; PMID: 23625209.
- 5- 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 May; 47(5):1364-7. Citado en Pub Med; PMID: 27026630.
- 6- Roldan-Rabadan I, Anguita-Sanchez M, Marín F, et al. Current antiarrhythmic therapy for nonvalvular atrial fibrillation in Spain. Data from the FANTASIIA registry. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016 Jan; 69(1):54-60. Citado en Pub Med; PMID: 26093482.
- 7- Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2014 Apr; 67(4):259-69. Citado en Pub Med; PMID: 24774588.

- 8- Gallego P, Roldán V, Marín F, Gálvez J, Valdés M, Vicente V, et al. SAME-TT2R2score, time in therapeutic range and outcomes in anticoagulated patients with atrial fibrillation. *Am J Med*. 2014 Nov; 127(11):1083-8. Citado en Pub Med; PMID: 24858062.
- 9- 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 Mar; 25(3):247-54. Citado en Pub Med; PMID: 24477050.
- 10- 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 Nov; 144(5):1555-1563. Citado en Pub Med; PMID: 23669885.
- 11- 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 Sep; 146(3):719-726. Citado en Pub Med; PMID: 24722973.
- 12- 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 Oct; 30(10):1114-30. Citado en Pub Med; PMID: 25262857.
- 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 Mar 15; 383(9921):955-62. Citado en Pub Med; PMID: 24315724.
- 14- 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 2 Ene 2018]; 141(7):279-86. Disponible en: <https://medes.com/publication/84044>
- 15- Roldan I, Marin 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* [Internet]. 2016 [citado 2 Ene 2018]; 69:551-53. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/en/on-the-way-to-better/articulo/90453782/>
- 16- Sanna T, Diener HC, Passman RS, et al. Cryptogenic stroke and underlying atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2014 Sep 25; 371(13):1261. Citado en Pub Med; PMID: 25259387.
- 17- 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 Nov; 69(11):1112-14. Citado en Pub Med; PMID: 27546784.

Recibido: 26/2/18
Aprobado: 12/4/18

Luis Enrique Moreno Peña. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Carretera Central Km102. Correo electrónico: gladysg.mtz@ infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moreno Peña LE, Hernández Hervis IT, Moreno Peña R, García Peñate G, Suárez Pozo R. Fibrilación auricular en pacientes con ictus isquémico en Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. 2017. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: fecha de acceso];40(2). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2636/3811>