

PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO POR FIBRILACIÓN AURICULAR. ¿ESTAMOS ADAPTANDO LA PRÁCTICA CLÍNICA A LAS GUÍAS VIGENTES?

SERVICIOS DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL RIO HORTEGA

Tutora: Dra. Susana Sánchez Ramón

Cotutora: Dra. Raquel Talegón Martín

Carla Bastida Bernabé

6º Curso Medicina UVA





INDICE

RESUMEN:	3
INTRODUCCIÓN:	5
Epidemiología:	5
Signos y síntomas	6
Diagnóstico y pruebas complementarias.	6
Tratamiento y manejo de la FA	7
GUÍA 2020	7
Novedades guías FA diagnóstico y tratamiento:	7
DIFERENCIAS GUIAS 2020-2024	10
OBJETIVOS:	11
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS, ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DATOS:	13
DISCUSIÓN:	15
LIMITACIONES Y SESGOS:	20
PROBLEMAS ÉTICOS:	20
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA:	21



RESUMEN:

La fibrilación auricular constituye la arritmia persistente más común entre la población general, con una frecuencia que ha ido en aumento en los últimos años. Los objetivos del tratamiento de la FA son dos fundamentalmente. En primer lugar, aliviar la sintomatología del paciente ya sea controlando la frecuencia del corazón o recuperando el ritmo sinusal normal, y, además, evitando posibles complicaciones asociadas, derivadas de la alteración hemodinámica de la arritmia tales como las frecuencias cardíacas elevadas o los fenómenos tromboembólicos. Las recomendaciones de la Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollado en colaboración de EACTS se han actualizado con un enfoque multidisciplinario enfocado en el paciente en la nueva Guía ESC 2024. Las nuevas guías enfatizan un enfoque basado en la elección conjunta con el paciente, lo que favorece la selección de un tratamiento y mejora la adherencia terapéutica. Asimismo, se busca reducir el impacto de la fibrilación auricular tanto en los pacientes como en los servicios de salud. El aumento en la prevalencia de fibrilación auricular se relaciona principalmente con el envejecimiento demográfico observado en las últimas décadas.

Objetivos: Evaluar la atención sanitaria prestada a pacientes con fibrilación auricular en función de las recomendaciones actuales, a través del estudio de variables clínicas, epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas en distintos periodos. Además, se pretende valorar el impacto que ha tenido la incorporación de las nuevas guías en la mejora del manejo clínico de estos pacientes.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años atendidos durante 2 meses de, 2018, 2022 y 2024 en el SUH de un hospital de tercer nivel.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que hayan sido atendidos en el Servicio de Urgencias del HURH durante los meses de enero-febrero de 2018 y 2022 y septiembre-octubre 2024, cuyo diagnóstico haya sido fibrilación auricular aguda.

Criterios de exclusión:

Pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular que consultan por causas distintas a la propia arritmia. Pacientes en los que las historias estén mal codificadas o no sean legibles.



Materiales y métodos: Los datos empleados en este estudio fueron recopilados a partir de las consultas atendidas en el Servicio de Urgencias Hospitalario, utilizando el sistema informático JIMENA durante el periodo analizado. Posteriormente, la información fue organizada en una base de datos mediante Microsoft Excel. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS (versión 29.0), bajo licencia de la Universidad de Valladolid. El objetivo principal fue llevar a cabo un análisis descriptivo de la muestra, centrado en aspectos como características epidemiológicas, presencia de comorbilidades, motivo de atención, tiempo de permanencia en urgencias, tipo de derivación, exploraciones complementarias realizadas, tratamientos instaurados y destino final de los pacientes.

Resultados: Se seleccionaron 120 pacientes. La edad mediana de la muestra fue de 74 años, destacando una mayor proporción de varones (59,2%), aunque las mujeres eran significativamente mayores. El 72,5% presentaba un $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (67,5%) y FA previa (47,5%). La anticoagulación al alta aumentó del 62,5% en 2018 al 90% en 2024 ($p = 0,009$), con predominio de ACOD (84%), siendo apixabán el más utilizado. La cardioversión se realizó en el 20% de los casos, más común en menores de 64 años ($p = 0,002$). Los ingresos hospitalarios se redujeron significativamente (30% en 2018 vs. 7,5% en 2024; $p = 0,034$).

Conclusiones: El estudio muestra una mejora progresiva en la adherencia a las guías clínicas sobre fibrilación auricular, especialmente en el uso de anticoagulación oral, con un notable incremento en la prescripción de ACOD. Se evidenció una reducción estadísticamente significativa en el número de ingresos realizados, lo que sugiere un manejo más eficiente de los pacientes en urgencias. Aunque, la implementación de las nuevas guías ESC 2024 se está llevando a cabo de forma progresiva, resulta fundamental desarrollar protocolos específicos en urgencias que faciliten su aplicación de manera más ágil y sistemática.



INTRODUCCIÓN:

La fibrilación auricular constituye la arritmia persistente más común entre la población general, con una frecuencia que ha mostrado una tendencia creciente en los últimos años. Se trata de una arritmia supraventricular en la que se produce una activación auricular descoordinada perdiendo la contracción auricular efectiva. La clasificación de la fibrilación auricular se realiza en función del tiempo de duración de la arritmia, pudiendo progresar de una categoría a otra. La fibrilación auricular (FA) de nuevo diagnóstico se refiere al primer diagnóstico de esta patología, independientemente de los síntomas, de la evolución temporal o la duración de la arritmia. La FA paroxística se caracteriza por episodios que terminan espontáneamente en un plazo máximo de siete días, con o sin intervención médica, aunque la evidencia indica que la mayor parte de los casos remiten por sí solos en menos de 48 horas. Por otro lado, la FA persistente es aquella que no se resuelve por sí sola, persiste durante al menos 12 meses y, en casos seleccionados, el control del ritmo continúa considerándose una posibilidad. Finalmente, la FA permanente es aquella en la que no se contemplan intentos para restaurar el ritmo sinusal.

Epidemiología:

En España, las cifras más recientes estiman que la fibrilación auricular afecta a más del 4 % de la población mayor de 40 años, con un riesgo de vida de uno de cada 3 a 5 personas tras los 45 años. La prevalencia mundial de la FA ha sufrido un aumento en estos últimos diez años, siendo las últimas cifras de 59 millones de personas diagnosticadas de FA. La prevalencia mundial de la fibrilación auricular es de aproximadamente el 1%, se encuentra en aproximadamente el 9% de las personas mayores de 75 años. A la edad de 80 años, el riesgo de desarrollar fibrilación auricular a lo largo de la vida aumenta al 22%. Este aumento puede atribuirse al envejecimiento progresivo de la población, a la mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y a la mejora en la supervivencia frente a enfermedades cardíacas. Este incremento tan importante sugiere la necesidad de herramientas nuevas para una detección temprana de la FA e inicio del tratamiento.



Signos y síntomas

Los síntomas de la fibrilación auricular no siempre están presentes y se detecta mediante el examen físico. El síntoma más común asociado a la fibrilación auricular son las palpitaciones, que ocurren debido a alteraciones en el ritmo cardíaco. A lo largo de la vida con FA, los pacientes pueden experimentar otros síntomas, como disnea, dolor en el pecho, mareos y, en casos menos frecuentes, síncope o presíncope. Además, se han reportado otros síntomas menos específicos, como fatiga y ansiedad. Según la Encuesta Euro Heart sobre fibrilación auricular, el 69% de los pacientes con FA presentó algún síntoma relacionado con esta arritmia desde su diagnóstico. Sin embargo, en el momento de la encuesta, la mayoría (54%) no presentaba síntomas, y los pacientes con FA permanente fueron quienes reportaron una carga sintomática más baja. Asimismo, la sintomatología puede ser variada en un mismo individuo a lo largo del tiempo.

Diagnóstico y pruebas complementarias.

El abordaje diagnóstico de la fibrilación auricular comienza con una adecuada anamnesis y exploración física. En este contexto, resulta fundamental identificar posibles factores de riesgo y comorbilidades asociadas mediante la historia clínica, además de los síntomas asociados a la FA. El examen físico incluirá la toma del pulso y un electrocardiograma de 12 derivaciones. La frecuencia del pulso tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. Un resultado normal tanto en la toma del pulso como en el electrocardiograma no excluye la posibilidad de haber padecido una FA paroxística, estos casos requerirán la utilización de un Holter para objetivar la arritmia en el electrocardiograma. El diagnóstico definitivo consiste en la demostración electrocardiográfica de ausencia de ondas P e intervalos RR irregulares. Las ondas f se caracterizan por presentarse en esta patología, son ondas irregulares tanto en amplitud, frecuencia y reproductibilidad. Tanto la onda P no observada como la aparición de ondas f son mejor valoradas en las derivaciones DII y V1.



Tratamiento y manejo de la FA

GUIA 2020

En el año 2020 la estrategia de manejo de la FA se denominó Atrial fibrilación Better Care (vía ABC), A de anticoagulación y prevención de ictus, B: buen control de la sintomatología y C control de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades.

En la sección de la anticoagulación se estudió que la FA aumentaba cinco veces el riesgo de ictus no siendo de forma homogénea. Los factores de riesgo más habituales se resumen en la escala CHA₂DS₂-VASc (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edad mayor de 75 años, diabetes mellitus, ictus o enfermedad vascular, edad 65-74 años y el sexo femenino). Se definían pacientes con bajo riesgo de complicaciones tromboembólicas a aquellos que con una puntuación de 0 en varones y 1 en mujeres. La recomendación de anticoagulación con ACOD ha sido superior sobre los antagonistas de la vitamina K, a excepción pacientes portadores de prótesis mecánicas o con estenosis mitral de grado moderado a severo. Se inicia la anticoagulación puntuaciones mayores o igual a 2 en varones y 3 en mujeres.

El segundo pilar se centra en el control de la sintomatología, mejorando la frecuencia cardíaca a menudo contribuye de manera eficaz en el control de los síntomas. La frecuencia cardíaca óptima se encuentra en cifras por debajo de 80lpm en reposo y 110 lpm durante ejercicio moderado. Los fármacos que se utilizan son los betabloqueantes, digoxina y/o calcioantagonistas. La selección del tratamiento farmacológico y la meta de control de la frecuencia se determinan en función de las características individuales del paciente, la sintomatología, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), y el estado hemodinámico. Otra opción cuando el tratamiento médico fracasa es la ablación del nódulo auriculoventricular y marcapasos. El plan para controlar el ritmo se basa en restablecer y preservar el ritmo sinusal a lo largo del tiempo, se puede alcanzar este objetivo mediante la cardioversión eléctrica, la cardioversión farmacológica

Novedades guías FA diagnóstico y tratamiento:

Las recomendaciones de la Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de EACTS se han actualizado con un enfoque multidisciplinario enfocado en el paciente en la nueva Guía ESC 2024. Asimismo, se busca reducir el impacto de la fibrilación auricular tanto en los pacientes como en los servicios de urgencias dada su prevalencia.



La fibrilación auricular incluye gran diversidad de enfermedades asociadas y factores de riesgo asociados, lo que resalta la importancia de una actuación precoz y efectiva. La evaluación del paciente debe ser personalizada, considerando sus características específicas para garantizar un abordaje integral evitando posibles desigualdades. Se ha visto que los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca pueden ser consecuencia de la FA, contribuyendo a un mayor riesgo de mortalidad.

Las nuevas guías enfatizan un enfoque basado en la participación conjunta en el enfoque de decisiones centrado en el individuo, lo que favorece la selección de un tratamiento y mejora la adherencia terapéutica. Para la toma de decisiones compartidas es importante la formación para pacientes, familiares, cuidadores y profesionales de la salud. Se han revisado y ampliado enfoques previos estableciendo el marco AF CARE: [C] manejo de comorbilidad y factores de riesgo, [A] evitar accidente cerebrovascular y tromboembolia, [R] reducir los síntomas mediante el control de la frecuencia y el ritmo, [E] evaluación y reevaluación dinámica. En la actualidad las guías continúan con la división temporal de la FA (primer diagnóstico, paroxística, persistente y permanente) sin embargo, la investigación en curso podría facilitar clasificaciones fundamentadas en la patología y en la medicina personalizada para el futuro.”

Una de las novedades ha sido la modificación de la escala de riesgo tromboembólico, se ha adoptada la escala CHA2DS2-VA eliminando el sexo femenino como factor de riesgo independiente. Esta modificación se basa en la evidencia de que el sexo, por sí solo, no incrementa significativamente el riesgo tromboembólico, sino que actúa como un modificador del riesgo. Además, se ha determinado que la inclusión del sexo femenino en el modelo complicaba la categorización del riesgo. Una puntuación superior a 2 se indica la anticoagulación oral. Una puntuación de 1 se debe considerar la anticoagulación especialmente si existen factores adicionales que aumentan el riesgo tromboembólico. En casos específicos como pacientes con cardiopatía hipertrófica o amiloidosis cardíaca se recomienda anticoagulación independientemente del CHA2DS2-VA. La anticoagulación oral de los pacientes se realiza de forma preferente por anticoagulantes orales directos sobre los antagonistas de la vitamina K, a excepción de pacientes con prótesis valvulares mecánicas y estenosis mitral moderada. Además, se destaca la importancia de evitar la infradosificación de los ACOD, salvo indicación. Sin embargo, las guías enfatizan que las escalas de riesgo de sangrado, escala HAS-BLED, no deben de utilizarse para decidir iniciar o suspender la anticoagulación, sino para identificar y abordar factores de riesgo modificables que mejoran la seguridad del tratamiento.

El tratamiento de la FA implica dos objetivos fundamentales. En primer lugar, aliviar la sintomatología del paciente mediante la regulación de la frecuencia cardíaca o la reinstauración del ritmo sinusal, junto con la reducción del riesgo de complicaciones derivadas de la alteración hemodinámica de la arritmia tales como las frecuencias cardíacas elevadas o los fenómenos tromboembólicos. Los fármacos utilizados según la función ventricular izquierda, si el paciente presenta una FEVI menor del 40% se recomienda betabloqueantes y o digoxina. En cambio, en pacientes con FEVI mayor a un 40% se pueden emplear verapamilo o diltiazem sin variaciones respecto a las guías de 2020.

En este contexto, resulta esencial implementar estrategias de intervenciones apropiadas y efectivas, especialmente durante la atención inicial, cuando los pacientes suelen acudir al manifestar los primeros síntomas o al detectarse la arritmia. Durante años no se ha encontrado ventaja significativa en mortalidad en los estudios realizados comparando control de frecuencia y control del ritmo. Sin embargo, estudios EAST-AFNET 4 y AF-CHF si reveló el control precoz del ritmo precoz mejora el pronóstico reduciendo las hospitalizaciones a causa de los problemas derivados del mal control de la FA, así como se asoció con mejores resultados funcionales.

En pacientes con fibrilación auricular paroxística, la ablación mediante catéter pasa a ser una recomendación IA como primera opción terapéutica para el control del ritmo demostrando superioridad sobre los antiarrítmicos. En pacientes asintomáticas o con síntomas mínimos, el control de la frecuencia cardíaca puede ser suficiente. En pacientes con fibrilación auricular persistente, se aconseja la cardioversión eléctrica o farmacológica para restablecer el ritmo sinusal, especialmente en aquellos que presentan síntomas. El mantenimiento del ritmo sinusal uso medicamentos antiarrítmicos o ablación con catéter para prevenir recaídas en FA. Finalmente, en la FA permanente en pacientes de edad avanzada debe enfocarse en el control adecuado de la frecuencia cardíaca para aliviar síntomas y prevenir complicaciones.

El abordaje de comorbilidades y factores de riesgo se centra especialmente en la reconocimiento y abordaje de condiciones asociadas a la fibrilación auricular, como la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes tipo 2 y la obesidad. Actualmente no hay suficiente evidencia que respalde que la apnea obstructiva del sueño puede considerarse un factor de riesgo como se planteó en anteriores ediciones de las guías.



Este enfoque más integral tiene como objetivo impedir la aparición y progresión de la arritmia, así como sus complicaciones asociadas. Se establecen nuevas estrategias de cribado recomendando un enfoque prolongado no invasivo basado en la realización de un electrocardiograma en individuos de 75 años o más o 65 años con factores de riesgo adicionales.

Finalmente, en relación con la evaluación dinámica y personalizada las guías introducen una evaluación dinámica del paciente como un componente clave del manejo de la FA. Este enfoque permite ajustar las estrategias terapéuticas de manera continua, basándose en el transcurso de la enfermedad y la respuesta terapéutica, garantizando así una atención más personalizada.

Diferencias guías 2020-2024

ASPECTO A COMPARAR	GUIAS 2020	GUIAS 2024
MODELO	Modelo ABC (Anticoagulación, Better symptom control, Cardiovascular risk and comorbidity management)	Modelo AF-CARE (Anticoagulación, Control de ritmo y frecuencia, Atención a comorbilidades, Reducción de eventos)
RIESGO TROMBOEMBÓLICO	CHA ₂ DS ₂ -VASc (con Sc = sexo femenino)	CHA ₂ DS ₂ -VA (elimina el componente de sexo femenino)
ANTICOAGULACIÓN	Preferencia NACO sobre AVK	Preferencia NACO, con uso de tabla de interacciones. En >75 años clínica estable, considerar mantener AVK
RIESGO HEMORRÁGICO	Uso de ESCALA HAS-BLED	No usar scores como HAS-BLED; enfocar en factores de riesgo modificables
ABLACIÓN PAROXÍSTICA	Ablación por catéter - Clase IIA	Ablación por catéter - Clase IA
MANEJO DE COMORBILIDADES	Control de obesidad, ejercicio, y alcohol – clase IIA	Control de obesidad, ejercicio, y alcohol – clase IB
CIRUGIA CARDIACA	El cierre de la orejuela concomitante a la cirugía - Clase IIB Ablación concomitante de FA en pacientes sometidos a cirugía cardiaca- Clase IIA	El cierre de la orejuela concomitante a cirugía- Clase IB Pacientes sometidos a cirugía de válvula mitral y FA que sean aptos para una estrategia de control del ritmo - Clase IA



OBJETIVOS:

Objetivo principal:

- Evaluar el servicio prestado a los pacientes con fibrilación auricular (FA) conforme a las recomendaciones de las guías clínicas vigentes

Objetivos específicos □

- Evaluar el impacto de la aplicación de protocolos guiados por recomendaciones clínicas sobre la mejora en el manejo y abordaje de los pacientes con fibrilación auricular (FA).
- Analizar las variables clínicas relevantes en pacientes diagnosticados con FA.
- Examinar los tratamientos recibidos por los pacientes con FA y su adecuación a las recomendaciones actuales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) en Valladolid, centrado en los pacientes atendidos por fibrilación auricular (FA)

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que hayan sido atendidos en el Servicio de Urgencias del HURH durante los meses de enero-febrero de 2018 y 2022 y septiembre-octubre 2024, cuyo diagnóstico haya sido fibrilación auricular aguda.

Criterios de exclusión:

Pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular que acuden a urgencias por causas no directamente relacionadas con dicha arritmia.

Pacientes cuyas historias clínicas presenten errores de codificación o no sean legibles.

Análisis estadístico de resultados:

- Datos de filiación: sexo, edad.
- Antecedentes del paciente: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), insuficiencia cardíaca (IC), ictus previo y enfermedad vascular. Cha2ds2-vasc.
- Motivo de consulta: Fibrilación auricular
- Estancia media de urgencias e interconsulta a cardiología. Cardioversión realizada en urgencias.
- Tratamiento del paciente previo a atención hospitalaria: Anticoagulantes (Apixabán edoxaban, rivaroxabán enoxaparina, acenocumarol), betabloqueantes y calcioantagonistas, antiarrítmicos (amiodarona y digoxina).



- Anticoagulación, fármaco para el control de la frecuencia y fármaco para el control de ritmo al alta.
- Pruebas complementarias: Electrocardiograma (ECG), ritmo en urgencias y ritmo al alta.
- Fin del episodio y seguimiento: Alta, seguimiento por consulta externa, ingreso (Medicina interna, Cardiología).
- Eventos a los dos años.

Fuentes de datos:

Banco de datos que incluye la totalidad de atenciones efectuadas en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, recopilado a través del software JIMENA durante el año correspondiente al estudio.

Análisis estadístico de resultados:

La información recolectada fue guardada en una hoja de cálculo de Excel. Después de depurar los datos, se realizó un análisis estadístico utilizando el programa SPSS versión 29.0, con licencia proporcionada por la Universidad de Valladolid. A continuación, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las muestras procesadas. Las variables cualitativas se reportaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para las variables cuantitativas continuas, se usó la mediana y el rango en casos de distribuciones no normales, y la media junto con la desviación estándar en aquellas con distribución normal. La comparación de medias para variables con distribución normal se realizó usando la prueba t de Student. Para analizar la asociación entre variables cualitativas, se empleó la prueba de chi cuadrado. Se estableció un nivel de significancia estadística del 95% ($p < 0,05$).

Consideraciones ético-legales:

El presente trabajo se llevó a cabo respetando el código de buenas prácticas científicas y cumpliendo con el marco legal establecido por la normativa adoptada por el equipo de investigación.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, Tecnología e Investigación.



Los investigadores han cumplido en todo momento con la Declaración de Helsinki, la cual establece los principios y directrices para la investigación biomédica en seres humanos, abarcando el uso de material biológico e información relacionada. Este estudio es estrictamente descriptivo y no implica ninguna intervención sobre los pacientes.

A cada participante del estudio se le proporcionó un número de identificación exclusivo, garantizando que ni su nombre ni apellidos aparecen en ningún documento generado por el estudio o en las bases de datos. Todos los integrantes del equipo de investigación han seguido los protocolos establecidos en cada Área de Salud, garantizando el acceso exclusivo a los datos clínicos indispensables para la realización del estudio.

Dado que el estudio fue de carácter retrospectivo, se determinó que no era imprescindible contar con el consentimiento informado. Además, solo se accedió a los datos clínicos relevantes para la investigación y en un periodo de tiempo limitado.

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid aprobó y autorizó la realización del estudio., con fecha 31 de octubre de 2024 y número de referencia CEIm: 23-PI-25-165-H.

RESULTADOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DATOS:

EPIDEMIOLOGÍA: Se incluyó una muestra de 120 pacientes. La edad de la población no siguió una distribución normal (pruebas de normalidad $p < 0,001$), por lo que se describen mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). La mediana de edad fue de 74 años (RIC: 62–83) ([ver Tabla 1](#)). La distribución por sexo fue de un 59,2% hombres y 40,8% mujeres. Las mujeres fueron significativamente mayores (mediana de 81 años; RIC: 73,5–87) que los hombres (mediana de 68 años; RIC: 59–77) ($p < 0,001$). La proporción de hombres fue del 59,2%, aunque con una disminución progresiva con el paso del tiempo: del 65% en 2018 al 52,5% en 2024, sin alcanzar significación estadística ($p = 0,519$). Al analizar la edad por periodos (2018, 2022, 2024) no se observaron diferencias significativas (medianas: 75 en 2018, 74 en 2022 y 74 en 2024) ([ver Tabla 2](#)).

FACTORES DE RIESGO: El 67,5% presentaba hipertensión arterial (HTA). El 10,8% tenía diabetes mellitus. Un 15,8% presentaba enfermedad vascular, un 3,3% había sufrido un ictus previo y un 11,7% presentaba insuficiencia cardiaca. El 47,5% tenía diagnóstico previo de fibrilación auricular (FA) ([ver Tabla 3](#))

Respecto al CHA₂DS₂-VASc, el 72,5% de los pacientes tenían una puntuación ≥ 2 , y solo el 9,2% puntuaciones de 0 ([ver Tabla 5](#)). La media fue de 3, aunque se optó por agrupar en tres categorías: 0, 1 y ≥ 2 . Al clasificar por edad, el 48,3% de los pacientes tenía más de 75 años, el 23,3% entre 64-74 años y el 28,3 % menos de 64 años. Teniendo en cuenta los tres periodos de tiempo, en el periodo de 2018 nos encontraríamos un 52,5% >75 años, 27,5% 64-74 años y 20% <64 años. En 2022 respectivamente 47,5%, 20%, 32,5%. Finalmente, en 2024 un 45%, 22,5% y un 32,5%. En relación con el CHA₂DS-VASc dividido por periodo de tiempo, en 2018 75% obtuvieron una puntuación mayor de 2, 17,5% puntuación de 1 y un 7,5% obtuvieron 0 puntos. En 2022 un 72,5% puntuaron mas de 3, un 25% obtuvieron un punto y un 2,5% no puntuaron. En ultimo lugar, en 2024 un 70% de los pacientes presentaban CHA₂DS₂-VASc mayores de 2, un 12,5% con un punto y un 17,5% obtuvieron 0 puntos. ([ver Tabla 6](#))

ANTICOAGULACIÓN: El 60% de los pacientes estaban anticoagulados previamente. Al alta, el porcentaje de anticoagulados aumentó al 78,3%. De los pacientes con anticoagulación: El 84% recibieron anticoagulantes de acción directa (ACOD). El ACOD más prescrito fue apixabán (46,8%), seguido de edoxabán (28,7%). El 16% recibieron antagonistas de la vitamina K (AVK). La anticoagulación alta de 2018, 2022 y 2024 fue 62,5%, 82,5%, 90% respectivamente. siendo estadísticamente significativa ($\chi^2 = 9,525$; $p = 0,009$) ([ver Tabla 4](#)). En relación con los pacientes anticoagulados al alta con ACOD dividido por periodos de tiempo, en 2018 fue un 68%, en 2022 un 84,8% y en 2024 un 94,4%.

CONTROL DEL RITMO: El 20% de los pacientes fueron sometidos a cardioversión, incluyendo espontánea. Siendo realizada en un 30% de los pacientes de 2018, un 17,5% de los pacientes de 2022 y un 12,5% de los pacientes de 2024. Esta intervención fue más frecuente en pacientes más jóvenes: el 32,4% de los menores de 64 años fueron cardiovertidos frente al 6,9% en mayores de 75 ($p = 0,002$). Un 32,1% de pacientes entre los 64-74 años también fueron cardiovertidos.

DESTINO DEL PACIENTE: En total, el 20,8% de los pacientes requirieron ingreso hospitalario, mientras que el 79,2% fueron dados de alta, con o sin seguimiento. El porcentaje de ingresos disminuyó a lo largo de los años: del 30% en 2018 al 7,5% en 2024 ($p = 0,034$) ([ver Tabla 7](#)).

DISCUSIÓN:

Epidemiología:

En relación con el perfil epidemiológico, la población analizada corresponde, en su mayoría, a pacientes de edad avanzada, con una ligera predominancia del género masculino. La mediana de edad fue de 74 años, un dato coherente con estudios publicados, que señala un aumento progresivo en la incidencia acumulada de la fibrilación auricular (FA) conforme avanza la edad, tanto en hombres como en mujeres. No obstante, al estratificar por sexo se observó una diferencia significativa: las mujeres eran significativamente mayores que los hombres (81 vs. 68 años; $p < 0,001$). Este hallazgo coincide con estudios previos que indican que la FA tiende a diagnosticarse a edades más avanzadas en mujeres, lo cual puede tener implicaciones pronósticas relevantes.

La ausencia de variaciones estadísticamente significativas en la edad entre los tres periodos analizados (2018, 2022 y 2024), así como una distribución por sexo relativamente homogénea, aporta consistencia y homogeneidad a la muestra, lo cual aumenta la fiabilidad de los resultados comparativos

La distribución por sexo fue relativamente equilibrada con un predominio masculino del 59,2% pero con tendencia decreciente del porcentaje de hombres en los últimos años siendo del 65% en 2018 al 52,5% en 2024. Aunque esta variación no fue estadísticamente significativa ($p = 0,519$), podría reflejar un cambio progresivo en los patrones de derivación, diagnóstico o presentación clínica, o bien un envejecimiento de la población femenina con mayor supervivencia

Factores de riesgo cardiovascular:

Los factores de riesgo cardiovascular analizados en la muestra de 120 pacientes mostraron que la hipertensión arterial (HTA) fue la comorbilidad más prevalente, presente en el 67,5% de los casos. Este hallazgo coincide con estudios realizados, que identifica la HTA como uno de los principales factores predisponentes para el desarrollo y perpetuación de la fibrilación auricular (FA), debido a su efecto en la remodelación estructural y eléctrica de las aurículas.



Por su parte, el 10,8% de los pacientes presentaba diabetes mellitus, una patología bien reconocida por su asociación con un mayor riesgo tromboembólico y de mortalidad en el contexto de la FA.

La enfermedad vascular estuvo presente en el 15,8% de los pacientes, lo que también representa un importante componente del riesgo embólico. En contraste, solo el 3,3% tenía antecedentes de ictus previo, una cifra relativamente baja a pesar de que este factor constituye uno de los principales determinantes para la indicación de anticoagulación oral.

En cuanto a la insuficiencia cardiaca, fue documentada en el 11,7% de los casos. Esta condición mantiene una relación bidireccional con la FA, ya que no solo puede favorecer su aparición, sino que también puede verse agravada por la arritmia, dificultando su control y empeorando el pronóstico global del paciente.

Conviene resaltar que casi la mitad de los pacientes (47,5%) ya tenía un diagnóstico previo de FA, lo cual sugiere una elevada tasa de recurrencia o cronicidad. Esto refuerza la necesidad de estrategias de seguimiento estructurado y tratamiento sostenido, tanto desde el punto de vista del control del ritmo/frecuencia como de la anticoagulación y el manejo de comorbilidades.

Riesgo tromboembólico (CHA₂DS₂-VASc)

El análisis del riesgo tromboembólico mediante la escala CHA₂DS₂-VASc evidenció que el 72,5% de los pacientes presentaban una puntuación igual o superior a 2, lo que representa una clara indicación de anticoagulación oral según las guías de práctica clínica actuales. Solo el 9,2% obtuvo una puntuación de 0, lo que indica un perfil de bajo riesgo, y un 18,3% tuvo puntuación intermedia (1 punto).

La media global fue de 3, por lo que se optó por agrupar a los pacientes en tres categorías (0, 1 y ≥ 2) para facilitar la interpretación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Cabe destacar que casi la mitad de los pacientes (48,3%) tenía más de 75 años, lo que contribuye de forma significativa a la puntuación del CHA₂DS₂-VASc, ya que la edad avanzada es uno de sus componentes de mayor peso. En conjunto, estos resultados evidencian una población con una alta carga de riesgo tromboembólico, donde la indicación de anticoagulación es mayoritaria



Es importante destacar que, con la nueva actualización de las guías ESC 2024, el esquema para el cálculo del $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$ elimina el componente femenino como factor puntuable. En este contexto, las mujeres que anteriormente recibían un punto solo por su sexo pasarían a obtener una puntuación de 0, lo que las reubica en un grupo de bajo riesgo, sin indicación de anticoagulación según las nuevas guías.

Al analizar nuestros datos, dentro del 18,3% de pacientes con una puntuación de 1 (es decir, 22 personas en total), 17 fueron hombres y 5 mujeres. Esto implica que, aunque en nuestro estudio se utilizó el modelo $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$, que consideraba al género femenino como un factor de riesgo, solo un 4,2% de los pacientes podrían haberse visto afectados por este cambio, pasando de un riesgo intermedio a un grupo de bajo riesgo según las nuevas guías. En consecuencia, solo un pequeño porcentaje de pacientes, principalmente mujeres, habrían dejado de ser anticoagulados con la transición al modelo $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$.

Adicionalmente, con la reciente actualización de las guías ESC 2024, se recomienda el nuevo enfoque AF-CARE. Este modelo introduce como novedad la importancia de la Evaluación continua del estado clínico del paciente (E). En este contexto, la reevaluación periódica del riesgo tromboembólico mediante el uso del $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$ adquiere especial relevancia para garantizar que el tratamiento anticoagulante se mantenga ajustado a las necesidades individuales del paciente, que pueden variar a lo largo del tiempo.

Anticoagulación:

El tratamiento anticoagulante representa el pilar fundamental en la reducción del riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA), especialmente en aquellos con puntuaciones superiores a 2 en la escala $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$. En los datos analizados el 60% de los pacientes ya se encontraban anticoagulados antes del episodio agudo, mientras que al alta hospitalaria esta proporción aumentó significativamente hasta alcanzar el 78,3%. La implementación de terapia anticoagulante al alta se puede ver como un indicador positivo de calidad asistencial, dado que el 72,5% de los pacientes presentaban un $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA} \geq 2$, lo que justifica plenamente la indicación de anticoagulación oral según las guías SEC.



Entre los pacientes anticoagulados, destaca el uso mayoritario de anticoagulantes de acción directa (ACOD), que fueron prescritos en el 84% de los casos. Este hallazgo es coherente con la evolución de las guías, que desde hace años recomiendan los ACOD como primera opción terapéutica frente a los antagonistas de la vitamina K (AVK), debido a su perfil de seguridad más favorable, menor requerimiento de seguimiento y menor riesgo de interacciones. Dentro de los ACOD, el más prescrito fue apixabán (46,8%), seguido de edoxabán (28,7%).

Solo el 16% de los pacientes anticoagulados recibieron AVK, lo cual podría estar relacionado con situaciones clínicas específicas como la presencia de prótesis valvulares mecánicas, estenosis mitrales severas o moderadas, o pacientes con más de 75 años polimedicados con FA de larga evolución y estables clínicamente.

En conjunto, estos resultados reflejan una correcta implementación de las recomendaciones internacionales en cuanto a la elección del fármaco anticoagulante, con una transición clara hacia el uso de ACOD como estándar de tratamiento.

A pesar de las recomendaciones tanto de las guías clínicas actuales como de las anteriores, que posicionan a los anticoagulantes de acción directa como tratamiento de primera línea en la fibrilación auricular no valvular, España permanece por debajo del nivel medio europeo en su uso. Este escenario evidencia la importancia de seguir reforzando su relevancia en las nuevas guías y en la práctica clínica habitual. Una de las principales causas de esta infrautilización radica en que, en varias comunidades autónomas, la prescripción de ACOD no está plenamente financiada o se encuentra restringida a situaciones clínicas muy concretas, como el mal control del INR con antagonistas de la vitamina K (AVK), la aparición de efectos adversos graves o complicaciones relacionadas con su uso. Sin embargo, Castilla y León ha mostrado un incremento notable en la prescripción de ACOD, con cerca de 68.000 pacientes en tratamiento a finales de 2024, lo que representa un crecimiento del 55,5% respecto a 2020.

Control del ritmo:

El manejo del ritmo en la fibrilación auricular (FA) sigue siendo uno de los pilares del tratamiento, especialmente en pacientes sintomáticos o con episodios recientes. En esta cohorte, solo el 20% de los pacientes fueron sometidos a cardioversión, incluyendo aquellas que ocurrieron de forma espontánea.



Esta cifra relativamente baja podría explicarse por el desconocimiento de la duración precisa del episodio de fibrilación auricular en muchos pacientes, lo que limitó la posibilidad de realizar una cardioversión inmediata en el servicio de urgencias.

En estos casos, los pacientes fueron derivados a consultas sucesivas de cardiología, donde la cardioversión pudo haberse realizado de forma programada y controlada, tras una adecuada anticoagulación previa.

El análisis estratificado según edad evidenció diferencias significativas en la indicación de cardioversión: el 32,4% de los pacientes menores de 64 años fueron cardiovertidos, frente a solo el 6,9% de los mayores de 75 años ($p = 0,002$). Este dato es coherente con la práctica clínica habitual y con las guías de manejo actuales, que sugieren un enfoque más conservador en pacientes de edad avanzada y un abordaje orientado a restaurar el ritmo sinusal en pacientes jóvenes.

Destino al alta:

El análisis del destino de los pacientes revela una tendencia significativa en la disminución de los ingresos hospitalarios a lo largo del período estudiado. En conjunto, solo el 20,8% de los pacientes requirieron hospitalización, mientras que la mayoría, el 79,2%, fueron dados de alta, ya sea con seguimiento ambulatorio o sin necesidad de continuidad. De manera más específica, la reducción del porcentaje de ingresos desde un 30% en 2018 hasta un 7,5% en 2024 es estadísticamente significativa ($p = 0,034$), lo que sugiere un cambio sustancial en la práctica clínica.

Las guías clínicas actualizadas favorecen estrategias de manejo más eficaces y seguras tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. En particular, la cardioversión precoz, la priorización de la restauración del ritmo sinusal y la anticoagulación temprana son factores clave que pueden mejorar el estado clínico inicial del paciente, reduciendo así la necesidad de ingreso hospitalario.

Además, la implementación de protocolos actualizados en el abordaje de la fibrilación auricular en el servicio de urgencias contribuye significativamente a disminuir la carga asistencial, evitando hospitalizaciones innecesarias y permitiendo un manejo más eficiente de los pacientes en el entorno ambulatorio.



LIMITACIONES Y SESGOS:

El estudio descriptivo llevado a cabo se restringe a una muestra reducida, conformada por individuos que asistieron al servicio de urgencias del HURH, y comprende un período limitado de seis meses dividido en tres tramos temporales.

La muestra se centró únicamente en aquellos casos cuyo motivo de consulta fue la fibrilación auricular (FA), lo que implica que podrían haberse excluido pacientes con FA como diagnóstico secundario o no principal, con la consiguiente pérdida de datos relevantes.

La ausencia de datos respecto a la duración del episodio de FA impidió determinar si los pacientes que no fueron cardiovertidos en urgencias, pero sí derivados a cardiología, eran candidatos adecuados para una cardioversión programada.

PROBLEMAS ÉTICOS:

Dado que se trata de un estudio observacional sin intervención directa sobre los pacientes, no se expone a éstos a riesgos físicos ni sociales. Para garantizar la máxima seguridad, se gestionaron los permisos necesarios para acceder a las historias clínicas, garantizando la protección de los datos mediante encriptación. Asimismo, no se identificaron conflictos de interés.

CONCLUSIONES

El estudio evidencia un avance constante en el cumplimiento de las guías clínicas para la fibrilación auricular, destacando especialmente el aumento significativo en la prescripción de anticoagulantes orales directos (ACOD).

Se ha registrado una reducción notable en el número de ingresos hospitalarios, lo que indica un manejo más eficiente de las personas atendidas en urgencias.

Aunque la implementación de las nuevas guías ESC 2024 se está llevando a cabo de forma progresiva, resulta fundamental desarrollar protocolos específicos en urgencias que faciliten su aplicación de manera más ágil y sistemática.



BIBLIOGRAFIA:

1. Galadí J. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Sociedad Española de Cardiología 2024.
<https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/arritmias/15235-2024-esc-guidelines-for-the-management-of-atrial-fibrillation>.
2. Sociedad Española de Cardiología. Fibrilación auricular: epidemiología y datos actuales SEC; 2023
<https://secardiologia.es/infografias/11282-fibrilacion-auricular-epidemiologia-y-datos>
3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the EACTS. Eur Heart J. 2021;42(5):373–498.
4. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, Brandes A, Eckardt L, Elvan A, et al. Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2020;383(14):1305–1316. (EAST-AFNET 4)
5. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, Kingma JH, Kamp O, Kingma T, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002;347(23):1834–1840. (AFFIRM Trial)
6. Lip GYH, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest. 2010;137(2):263–72. (CHA2DS2-VASc)
7. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score to assess bleeding risk in atrial fibrillation patients: the HAS-BLED score. Chest. 2010;138(5):1093–100.

ANEXO:

Tabla 1

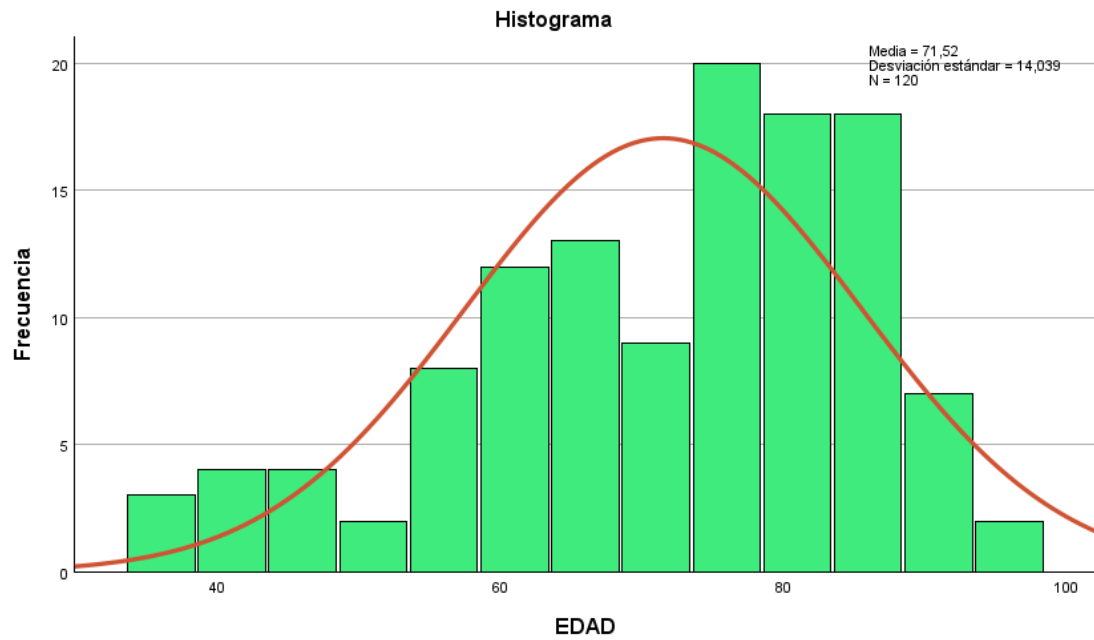


Tabla 2

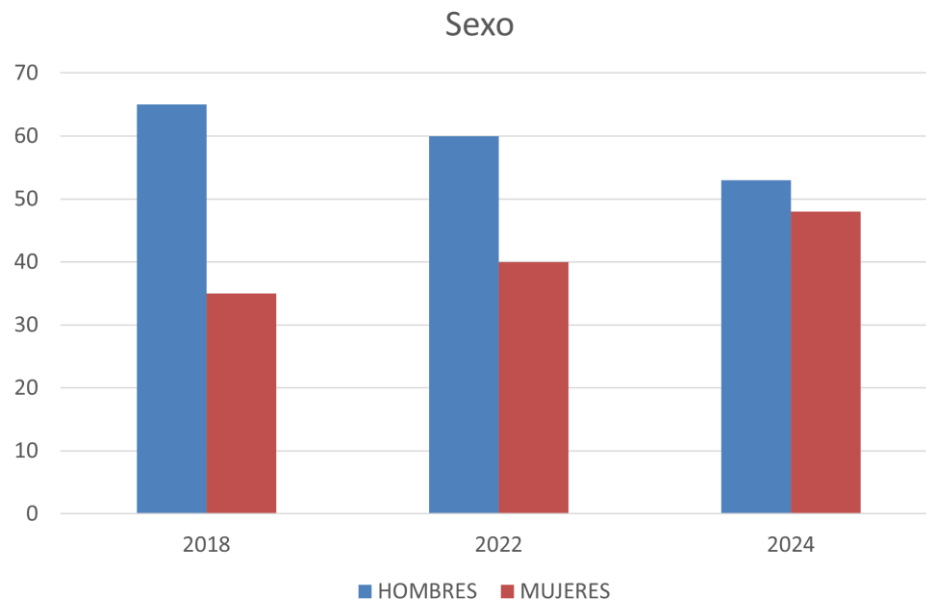


Tabla 3

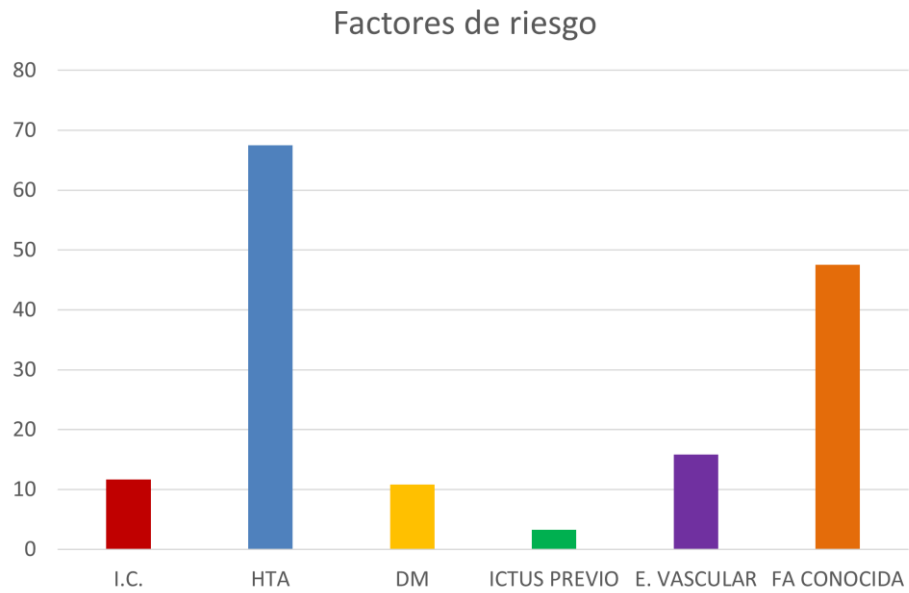


Tabla 4

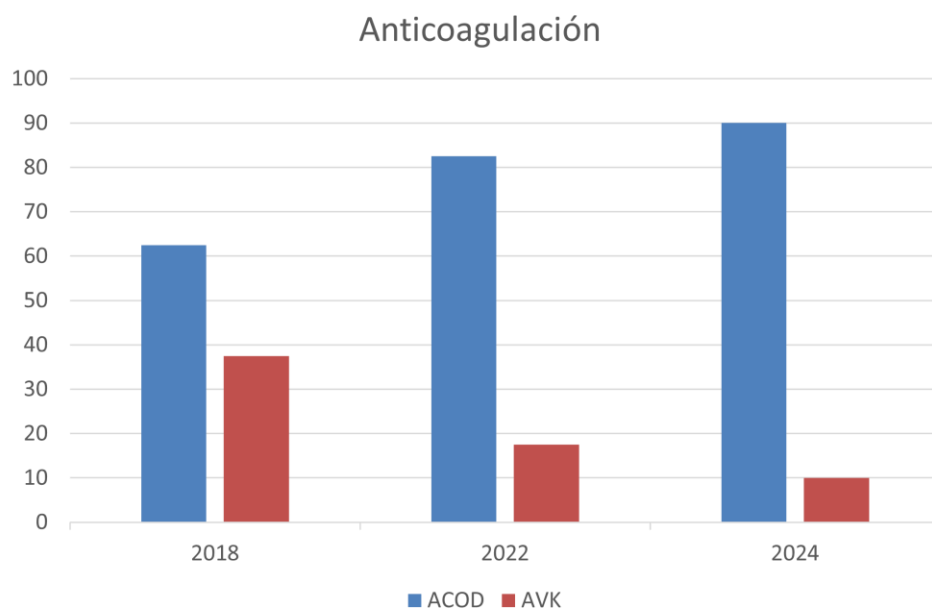


Tabla 5

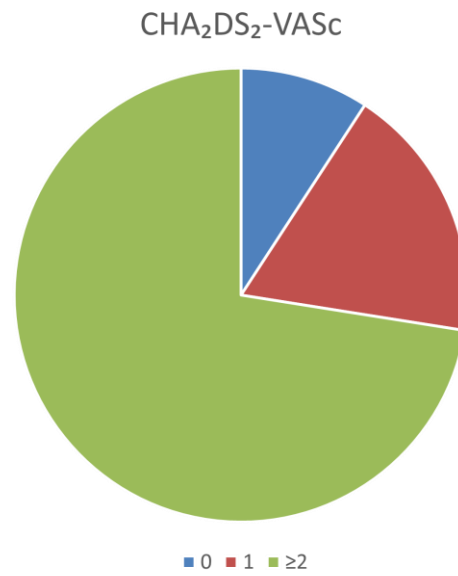


Tabla 6

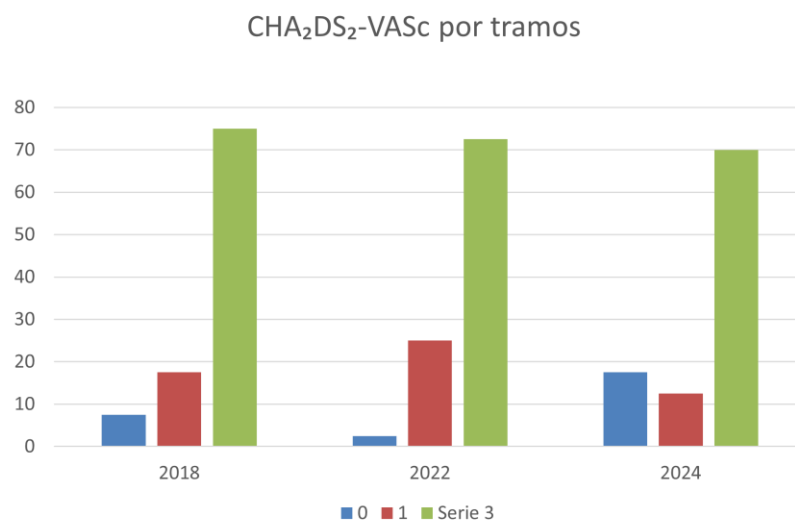
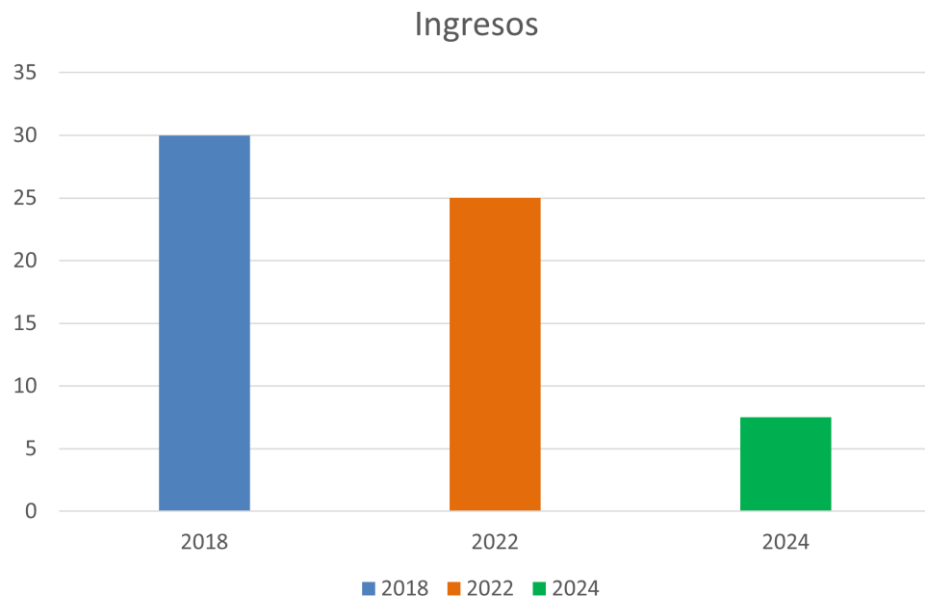




Tabla 7



PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO POR FIBRILACIÓN AURICULAR.



Sacyl

¿ESTAMOS ADAPTANDO LA PRÁCTICA CLÍNICA A LAS GUÍAS VIGENTES?



Grado en Medicina Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid

Autor: Carla Bastida Bernabé **Tutora:** Dra. Raquel Talegón Martín **Cotutora:** Dra. Susana Sánchez Ramón

RESUMEN

La fibrilación auricular constituye la arritmia persistente más común entre la población general, con una frecuencia que ha ido en aumento en los últimos años, especialmente por el envejecimiento poblacional. Este estudio analiza si la atención en urgencias a pacientes con FA se ajusta a las guías ESC de 2024, evaluando variables clínicas y tratamientos en tres periodos temporales.

OBJETIVOS

Evaluar la atención sanitaria prestada a pacientes con fibrilación auricular en función de las recomendaciones actuales.

Valorar el impacto que ha tenido la incorporación de las nuevas guías en la mejora del manejo clínico.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Servicio de Urgencias del HURH. **120 pacientes ≥ 18 años** con diagnóstico principal de **FA**

Enero-febrero de **2018**-Enero-febrero de **2022**-Septiembre-octubre de **2024**

Edad, sexo; HTA, DM, IC, ictus previo, EA FA previa CHA₂DS₂-VASc; TTO: ACO, BB y AR previo y al alta; Destino del paciente

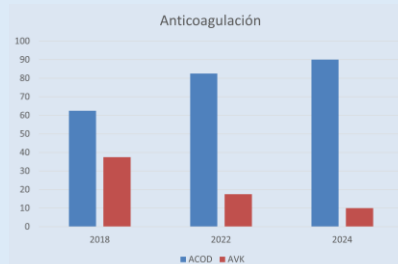
Los datos se analizaron con SPSS v29.0 y se depuraron en Excel, aplicando estadísticas descriptivas y pruebas inferenciales, considerando significativos los resultados con $p < 0,05$.

RESULTADOS

La mediana de edad fue de 74 años, con predominio masculino (59,2%), aunque las mujeres eran significativamente mayores.

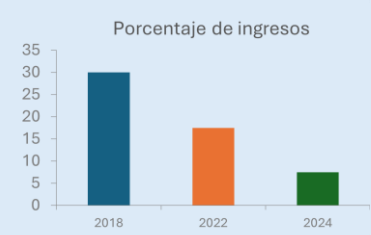
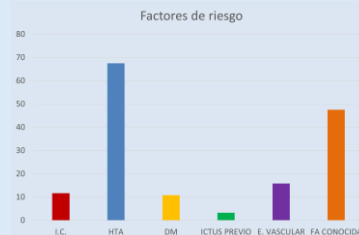
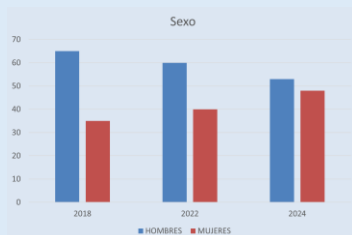
El 72,5% presentaba un CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 . Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (67,5%) y FA previa (47,5%).

La cardioversión se realizó en el 20% de los casos, más común en menores de 64 años ($p = 0,002$).



La anticoagulación al alta aumentó del 62,5% en 2018 al 90% en 2024 ($p = 0,009$), con predominio de ACOD (84%), siendo apixabán el más utilizado. Frente a AVK 16%.

Los ingresos hospitalarios se redujeron significativamente (30% en 2018 vs. 7,5% en 2024; $p = 0,034$).



CONCLUSIONES

Mejora progresiva en la adherencia a las guías clínicas, especialmente en el uso de anticoagulación oral, con un notable incremento de ACOD. Se evidenció una reducción estadísticamente significativa en el número de ingresos realizados. Sin embargo, resulta fundamental desarrollar protocolos específicos en urgencias.