

Fibrilación auricular no valvular en pacientes anticoagulados

Nonvalvular atrial fibrillation in anticoagulated patients

VÍCTOR JOSÉ GIL-ALDANA, ADRIANA MILENA JIMÉNEZ-LIZCANO, ÓMAR FABIÁN SUÁREZ-RAMÍREZ, CRISTIAN CAMILO VERA-LEÓN, ALEJANDRO ESTEBAN TORRES-DIMAS • IBAGUÉ (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2202>

Resumen

Objetivo: analizar las características epidemiológicas y clínicas de una población con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratada con anticoagulación oral en el Instituto Cardiovascular del Tolima (Ibagué, Colombia).

Marco de referencia: la FANV es una patología prevalente en pacientes colombianos mayores de 60 años, quienes tienen mayor riesgo de accidente cerebrovascular, el cual es prevenible con el tratamiento de anticoagulación; sin embargo, a pesar de la terapia se pueden presentar complicaciones propias de la patología o secundarias a él.

Metodología: estudio de corte transversal, que describe las características basales de un total de 146 participantes con FANV en manejo con anticoagulantes orales, con seguimiento a través del registro de su historia clínica entre 2018 y 2019.

Resultados: de los participantes, el 53% corresponde a mujeres, el 57% de los participantes presentaron FANV tipo permanente siendo la más frecuente en la cohorte estudiada; recibieron manejo en 99% con anticoagulante oral no antagonista de la vitamina K (NOAC) (76% con rivaroxabán) y 1% con AVK (warfarina). El 89% de los participantes tuvo una clasificación dentro de CHADS2 de 1-3 y 87% dentro de HASBLED de 1-3; de estos, el 95% no presentó ACV/AIT, el 99% no presentó embolismo sistémico y 97% no presentó sangrados mayores, respectivamente con cada clasificación. No se documentaron eventos fatales para el 100% de los pacientes.

Conclusiones: se confirma asociación para las clasificaciones de tipo CHADS2, CHADS2VASC2, HASBLED y el desarrollo de ACV/AIT y hemorragias en la población estudiada ($p < 0.05$). (Acta Med Colomb 2022; 47. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2202>).

Palabras clave: fibrilación atrial, anticoagulantes, prevención, accidente cerebrovascular, hemorragia.

Abstract

Objective: to analyze the epidemiological and clinical characteristics of a population with nonvalvular atrial fibrillation (NVAF) treated with oral anticoagulation at Instituto Cardiovascular del Tolima in Ibagué, Colombia.

Reference framework: NVAF is a prevalent disease in Colombian patients over the age of 60, who are at greater risk of a cerebrovascular accident, which is preventable with anticoagulation treatment. However, complications inherent or secondary to the disease may occur despite treatment.

Methods: a cross-sectional study which describes the baseline characteristics of a total of 146 participants with NVAF being treated with oral anticoagulants, using information from their clinical charts between 2018 and 2019.

Results: of the participants, 53% were female, and 57% of the participants had permanent NVAF, this being the most frequent type in the study cohort. Ninety-nine percent were treated with non-vitamin K oral anticoagulants (NOACs) (76% with rivaroxaban), and 1% with a VKA (warfarin). Eighty-nine percent of the participants had a CHADS2 classification between 1-3 and 87% fell in

Dr. Víctor José Gil-Aldana: Especialista en Medicina Interna, Cardiología, Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Instituto Cardiovascular del Tolima; Adriana Milena Jiménez-Lizcano: Enfermera. Estudiante Especialización Gerencia en Mercadeo de Servicios de Salud, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Instituto Cardiovascular del Tolima; Dr. Ómar Fabián Suárez-Ramírez: Médico General. Universidad del Tolima, Instituto Cardiovascular del Tolima; Cristian Camilo Vera-León: Enfermero. Estudiante de Medicina, Universidad del Tolima, Instituto Cardiovascular del Tolima; Dr. Alejandro Esteban Torres-Dimas: Médico General. Universidad del Tolima. Clínica Nuestra Ibagué. Ibagué (Colombia).

Correspondencia: Dr. Víctor José Gil-Aldana. Ibagué (Colombia).

E-Mail: victorgaldana@gmail.com

Recibido: 12/V/2021 Aceptado: 31/I/2022

the HASBLED 1-3 categories; of these, 95% did not have a CVA/TIA, 99% did not have a systemic embolism and 97% did not have major bleeds, respectively for each classification. There were no fatal outcomes in any of the patients.

Conclusions: an association was confirmed between CHADS2, CHADS2VASC2 and HASBLED classifications and CVA/TIA and hemorrhages in the study population ($p<0.05$). (*Acta Med Colomb* 2022; 47. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2202>).

Keywords: atrial fibrillation, anticoagulants, prevention, cerebrovascular accident, hemorrhage.

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es una patología frecuente de creciente prevalencia e incidencia (1, 2) y su desarrollo se ha relacionado con la presencia previa de enfermedades cardiovasculares (3). En Colombia, esta patología se presenta con mayor prevalencia en pacientes mayores de 60 años e incrementa su incidencia y prevalencia a medida que aumenta la edad de los pacientes. Dentro de su clasificación se ha documentado que es más frecuente la fibrilación auricular de tipo no valvular (FANV) que la fibrilación auricular de tipo valvular (FAV) (4).

En la FA se altera el ritmo y la frecuencia cardíaca de los pacientes, facilitando la formación de trombos; adicionalmente, los pacientes con FA pueden presentar comorbilidades asociadas como hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardíaca (ICC) o diabetes mellitus (DM), entre otros (4), generando un mayor riesgo de presentar complicaciones como accidente cerebrovascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT), por lo cual dentro del manejo de la FA se recomienda como piedra angular del tratamiento la instauración de anticoagulantes orales (OAC) con el fin de prevenir este tipo de complicaciones (1, 5). Este tratamiento también puede generar complicaciones de tipo hemorrágico, por lo anterior se han desarrollado escalas como CHADS2 y CHA2DS2-VASc para definir qué tipo de pacientes requieren esta terapia y escalas como la HAS-BLED que evalúan el riesgo de sangrado en los pacientes (1).

Dentro de los anticoagulantes orales para el tratamiento de la FA se encuentran los antagonistas de la vitamina K (AVK) como la warfarina y los no asociados a la vitamina K (NOACs), incluido el inhibidor directo de la trombina, dabigatrán, y los inhibidores del factor Xa como apixabán, edoxabán y rivaroxabán (3, 5). Es importante destacar que tanto los AVK como los NOACs han documentado ser eficaces para la prevención del accidente cerebrovascular en pacientes con FA; sin embargo, las guías europeas (ECS Guidelines) y americanas (AHA/ACC/HRS Guidelines) recomiendan como primera línea de manejo los anticoagulantes de tipo NOACs y no recomiendan el uso de antiplaquetarios (AP); estos últimos, debido a la falta de evidencia científica en el manejo de la FA y a su riesgo equiparable de desarrollar hemorragias en los pacientes que se encuentran con este manejo (3, 6, 7). No obstante, en algunos países la terapia con NOACs solo se puede prescribir si el control

del índice internacional normalizado (INR) con AVK es subóptimo, es decir, después de una terapia fallida de AVK (6). Adicionalmente, y a pesar de las recomendaciones internacionales, en América Latina se ha documentado que en el momento del diagnóstico de la FA el tratamiento más prescrito son los AVK \pm AP, seguidos de los NOACs \pm AP y AP únicamente (8).

Dado que la literatura sobre las características y el manejo de población con FA en América Latina es escasa y de acuerdo con la prevalencia de esta patología en Colombia, esta investigación pretende analizar las características epidemiológicas y clínicas de una población con FANV en manejo con anticoagulantes orales, en el Instituto Cardiovascular del Tolima (Ibagué, Colombia). Mediante el cumplimiento de objetivos específicos como: 1) Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que participan en el estudio. 2) Identificar el tipo de anticoagulación que tienen los pacientes que participan en el estudio. 3) Identificar el riesgo (CHADS2 y CHADS2-VASc) y frecuencia de ACV/AIT de los participantes en el estudio. 4) Identificar el riesgo (HAS-BLED) y frecuencia de hemorragias de los participantes en el estudio. 5) Analizar la asociación entre las características clínicas y la presencia de fibrilación auricular.

Material y métodos

Estudio observacional de tipo corte transversal sobre el uso de anticoagulantes en el manejo de la fibrilación auricular no valvular; incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FANV que acudieron a consulta de cardiología en un centro de tercer nivel de atención y que firmaron el consentimiento informado donde aprobaron participar en el estudio. Se excluyeron pacientes con FAV y con indicación de anticoagulación por cualquier otra causa.

Los participantes de este estudio se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico, con la técnica muestreo por conveniencia, obteniendo una muestra de 146 participantes. Los pacientes fueron invitados a participar en su cita de cardiología, en la que se realiza la conciliación de medicamentos debido a que se encontraron algunos participantes con uso de dosis no recomendadas. Posteriormente, los datos de registro fueron tomados de las historias clínicas de los participantes entre 2018 y 2019, con un periodo de un año de seguimiento de cada historia en el Instituto Cardiovascular del Tolima (Ibagué, Colombia).

El registro de la información tuvo como objetivo recolectar datos sociodemográficos, dentro de los que se incluyó edad, sexo, peso, talla e IMC y datos clínicos donde se incorporó tasa de filtración glomerular (TFG), comorbilidades (enfermedad arterial coronaria - CAD por sus siglas en inglés), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad cerebrovascular (ECV), enfermedad vascular periférica (EVP)), tratamiento OAC y/o AP con su posología, complicaciones tipo ACV/AIT, embolia sistémica, hemorragias mayores o menores y muerte.

La clasificación de los pacientes se realizó utilizando las escalas CHADS2 (escala avalada y utilizada en experimentos clínicos aleatorizados fase III de los anticoagulantes orales no asociados a la Vitamina K) la escala CHADS2-VASc (escala posteriormente validada para la estratificación del riesgo de ataques cerebrovasculares o embolismo sistémico en pacientes con fibrilación auricular) y la escala HAS-BLED (escala de estratificación del riesgo de sangrado que pueden presentar los pacientes como efecto secundario del uso de este tipo de moléculas). Cada escala evaluó: CHADS2, edad ≥ 75 años, antecedente de ICC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síntomas previos de ACV/AIT; CHA2DS2-VASc, C: insuficiencia cardiaca congestiva; H: hipertensión arterial; A: edad ≥ 75 ; D: diabetes mellitus; S: ACV/AIT, embolismo previo; V: enfermedad vascular; A: 65 a 74 años; Sc: categoría de sexo y HAS-BLED H: hipertensión arterial no controlada; A: función renal o hepática alterada; S: ACV previo; B: antecedente o predisposición de hemorragias; L: INRb, E: edad >65 años; D: medicamentos (AP, AINE) y/o consumo de alcohol excesivo, de acuerdo con el puntaje de cada escala se clasificó como de riesgo bajo, moderado o alto, según correspondiera al desarrollo de ACV/AIT o hemorragias.

Se considera que el principal sesgo en este estudio es el sesgo de información, debido a que el registro de los datos en la historia clínica está sujeto al criterio del evaluador y por ende los datos recopilados pueden ser influenciados por diferentes factores como el tipo de entrevista, el recuerdo del paciente, así como la asistencia a los controles de atención médica.

Utilizando R versión 4.0, Copyright (C) 2020 *The R Foundation for Statistical Computing*, se realizó análisis descriptivo univariado de variables continuas y categóricas. Para variables continuas se realizaron estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central, pruebas de dispersión de datos, análisis de normalidad y gráficas de cada una de ellas. Para variables categóricas se realizaron mediciones de frecuencias, proporciones, límites inferiores y superiores, y gráficas ilustrativas de cada una de ellas. Adicionalmente, se realizó un análisis bivariado dado por matriz de correlación de Pearson entre variables continuas y tablas de contingencia entre variables categóricas, donde se calcularon coeficientes de asociación por medio de prueba de Chi².

Resultados

De los 146 participantes con diagnóstico de FANV en el Instituto Cardiovascular del Tolima (Ibagué, Colombia), 53% corresponde a mujeres y 47% a hombres, con una mediana de edad de 77 años (DE: 8.9 años). El tipo de fibrilación auricular más frecuentemente diagnosticada fue el de tipo permanente en 56.85% (n=83), paroxística (n=59) en 40.41% y persistente (n=4) en 2.7% del total de los pacientes analizados; se documentó que 16.43% (24/146) venían tomando conjuntamente ácido acetilsalicílico y anticoagulantes orales directos, solo 2% (n=3) de los pacientes incluidos en el registro venían recibiendo terapia antiplaquetaria dual con ASA y clopidogrel (Tabla 1).

Descripción de características sociodemográficas y clínicas

Respecto a las características clínicas de los participantes, el índice de masa corporal mediano fue de 25.9 kg/m² (DE: 4.76). La mediana de creatinina fue de 0.99 mg/dL y la mediana de la tasa de filtración glomerular fue de 55.8 mg/dL.

Los datos de antecedentes clínicos de los 146 pacientes fueron recolectados dentro del estudio. Se evidenció que 71% de los pacientes no tenían enfermedad arterial coronaria y 82% presentaban hipertensión arterial en concordancia con lo reportado en la literatura, donde se evidencia como una asociación frecuente. El 10% de los pacientes presentaba falla cardiaca (79% FEVI $> 50\%$), 25% diabetes mellitus, 5% ataque cerebrovascular, 5% enfermedad renal crónica (87% disminución leve, leve moderada o moderada alta) y 9% enfermedad vascular periférica. En la Tabla 1 se discriminan las características basales de los pacientes.

En cuanto al tratamiento, el 84% de los pacientes (123 de ellos) no se encontraban recibiendo ácidoacetilsalicílico (ASA) y 98% no estaba siendo tratado con clopidogrel, alineado con las guías de práctica clínica, en las que se determina que los antiagregantes no se encuentran indicados en este tipo de pacientes. El 20% de los pacientes (29 de ellos) se encontraban tratados con amiodarona. En cuanto al tratamiento con anticoagulantes orales no asociados a vitamina K, 76% de los pacientes fueron tratados con rivaroxabán, con dosis de 15 mg/día (24%) y 20 mg/día (52%); 7% con apixabán, con dosis de 2.5 mg/2 veces/día y 13% con apixabán, con 5 mg/2 veces/día; 2% con dabigatrán, 150 mg/2 veces/día y 1% con dabigatrán, 110 mg/2 veces/día. Es importante anotar que solo 1% de los 146 pacientes se encontraba tratado con warfarina.

De acuerdo con la clasificación (Tabla 2), 24% de los pacientes incluidos en el estudio se clasificó con un CHADS2 de 1, 47% con un CHADS2 de 2 y 18% con un CHADS2 de 3, sumando 89% de todos los datos del estudio. Estos datos se relacionan con 90% de los pacientes clasificados como CHA2DS2-VASc entre 2 y 5. El 6% de pacientes con clasificaciones 0 y 1 recibieron tratamiento anticoagulante pese a que no son recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes. De los 146 pacientes analizados, 12% presentaba

Tabla 1. Características basales de la población.

Característica	Categoría	Frecuencia por categoría (%)	Límite inferior de las frecuencias (95%)	Límite superior de las frecuencias (95%)
Sexo	Femenino	77 (53)	45	61
	Masculino	69 (47)	39	55
Edad por rango	De 46 - 50	2 (1)	0	3
	De 51 - 55	3 (2)	0	4
	De 56 - 60	3 (2)	0	4
	De 61 - 65	4 (3)	0	5
	De 66 - 70	25 (17)	11	23
	De 71 - 75	22 (15)	9	21
	De 76 - 80	37 (25)	18	32
	De 81 - 85	32 (22)	15	29
	De 86 - 90	12 (8)	4	13
	De 91 - 95	6 (4)	1	7
Tipo de FANV	Paroxística	59 (40)	32	48
	Permanente	83 (57)	49	65
	Persistente	4 (3)	0	5
Tratamiento con ASA	No	123 (84)	78	90
	Si	23 (16)	10	22
Tratamiento con clopidogrel	Si	3 (2)	0	4
	No	143 (98)	96	100
Tratamiento con amiodarona	No	117 (80)	74	87
	Si	29 (20)	13	26
Antecedente de EAC	No	103 (71)	63	78
	Si	43 (29)	22	37
Antecedente de HTA	No	26 (18)	12	24
	Si	120 (82)	76	88
Antecedente de ICC	No	131 (90)	85	95
	Si	15 (10)	5	15
Antecedente de DMT2	No	109 (75)	68	82
	Si	37 (25)	18	32
Antecedente de ACV	No	139 (95)	92	99
	Si	7 (5)	1	8
Antecedente de ERC	No	139 (95)	92	99
	Si	7 (5)	1	8
Antecedente de EVP	No	133 (91)	86	96
	Si	13 (9)	4	14
FEVI	Entre 40-49	13 (9)	4	14
	< 40	18 (12)	7	18
	≥ 50	114 (79)	72	85
TFG por Cockcroft Gault	Disminución leve 60-89	50 (34)	27	42
	Disminución leve moderada 45-59	52 (36)	28	44
	Disminución moderada alta 30-44	24 (17)	11	23
	Disminución severa 15-29	7 (5)	1	8
	Normal o alta mayor o igual a 90	12 (8)	4	13

EPS: Entidad promotora de salud; FANV: Fibrilación atrial no valvular; ASA: ácidoacetil salicílico; EAC: HTA: Hipertensión arterial; ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva; DMT2: Diabetes mellitus tipo 2; AVC: Accidente cerebrovascular; ERC: Enfermedad renal crónica; EVP: Enfermedad vascular periférica; FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TFG: Tasa de fibrilación auricular; NOAC: Anticoagulantes no asociados a la vitamina K; AVK: Anticoagulantes asociados a vitamina K.

Continuación... **Tabla 1.** Características basales de la población.

Característica	Categoría	Frecuencia por categoría (%)	Límite inferior de las frecuencias (95%)	Límite superior de las frecuencias (95%)
Dosis NOAC	Apixabán 2,5 mg x 2	11 (8)	3	12
	Apixabán 5 mg x 2	19 (13)	8	18
	Dabigatran 110 mg x 2	1 (1)	0	2
	Dabigatran 150 mg x 2	3 (2)	0	4
	Rivaroxabán 15 mg	35 (24)	17	31
	Rivaroxabán 20mg	76 (52)	44	60
Dosis AVK	Warfarina 5 mg	1 (1)	0	2

EPS: Entidad promotora de salud; FANV: Fibrilación auricular no valvular; ASA: ácidoacetil salicílico; EAC: HTA: Hipertensión arterial; ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva; DMT2: Diabetes mellitus tipo 2; AVC: Accidente cerebrovascular; ERC: Enfermedad renal crónica; EVP: Enfermedad vascular periférica; FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TFG: Tasa de fibrilación auricular; NOAC: Anticoagulantes no asociados a la vitamina K; AVK: Anticoagulantes asociados a vitamina K.

Tabla 2. Escalas de clasificación CHADS2, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED.

Característica	Categoría	Frecuencia por categoría (%)	Límite inferior de las frecuencias (95%)	Límite superior de las frecuencias (95%)
Escala CHADS2	0	9 (6)	2	10
	1	35 (24)	17	31
	2	68 (47)	38	55
	3	26 (18)	12	24
	4	7 (5)	1	8
	5	1 (1)	0	2
Escala CHA2DS2-Vasc	0	3 (2)	0	4
	1	6 (4)	1	7
	2	24 (16)	10	22
	3	44 (30)	23	38
	4	47 (32)	25	40
	5	17 (12)	6	17
	6	4 (3)	0	5
	8	1 (1)	0	2
Escala HAS-BLED	0	4 (3)	0	5
	1	18 (12)	7	18
	2	65 (45)	36	53
	3	44 (30)	23	38
	4	11 (8)	3	12
	5	4 (3)	0	5

CHADS2: Edad ≥ 75 años, antecedente de ICC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síntomas previos de ACV/AIT. CHA2DS2-VASc: C: Insuficiencia cardíaca congestiva; H: Hipertensión arterial; A: edad ≥ 75; D: diabetes mellitus; S: ACV/AIT, embolismo previo; V: enfermedad vascular; A: 65 a 74 años; S: Categoría de sexo. HAS-BLED: H: Hipertensión arterial no controlada; A: Función renal o hepática alterada; S: ACV previo; B: Antecedente o predisposición de hemorragias; L: INR. E: Edad >65 años; D: Medicamentos (AP, AINE) y/o consumo de alcohol excesivo.

una clasificación HAS-BLED 1, 45% una clasificación HAS-BLED 2 y 30% una clasificación HAS-BLED 3.

Finalmente, respecto a los desenlaces clínicos se encontró que 95% (n=139) de los pacientes no presentó un ataque cerebrovascular o ataque isquémico transitorio, el 99% (n=144) de los pacientes no presentó embolismo sistémico, y 98 (n=143) y 97% (n=141) de los pacientes no presentó hemorragias menores y mayores, respectivamente. Dentro de las hemorragias mayores presentadas, en 3% (n=5) de los participantes se documentó un sangrado fatal, un sangrado gastrointestinal y una hemorragia intracraneana. El 100% de los pacientes se adhirió a las terapias instauradas (Figura 1).

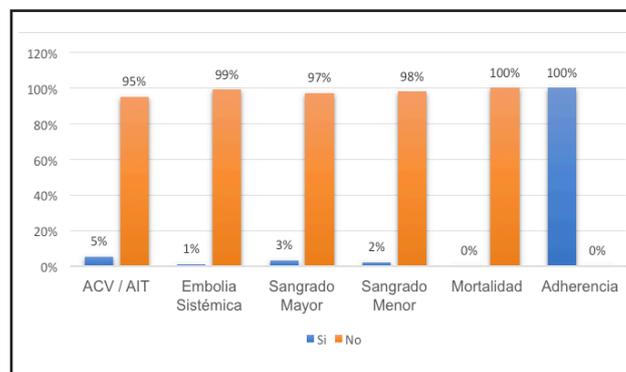


Figura 1. Presentación de desenlaces clínicos.

Asociación de características sociodemográficas y clínicas

Al realizar la matriz de correlaciones de Pearson para variables continuas, se establecen correlaciones significativas ($p < 0.05$) entre la edad y la disminución del peso en 27.4%, el IMC en 23.5% y la TFG en 44.3%. En cuanto a la variable peso, se establecen correlaciones significativas con la edad ya descrita: el IMC con un incremento de 75.1%, un incremento de 28.7% de creatinina sérica y un incremento de 48.8% de la tasa de filtración glomerular. La tasa de filtración glomerular se correlaciona, aumentando en 42.8%. La creatinina sérica se correlaciona de forma significativa con una disminución de 54.9% de la TFG y con un aumento de 28.7% del peso. Finalmente, la tasa de filtración glomerular se correlaciona con la mayoría de las variables en porcentajes importantes, disminuye con la edad, se incrementa con el peso e IMC y se correlaciona con una disminución de 54.9% de creatinina sérica.

Al realizar las tablas de contingencia y prueba χ^2 , se evidencian asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la variable ataque cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (ACV/AIT, variable desenlace primario de eficacia en los experimentos clínicos aleatorizados fase III) con los puntajes CHADS2, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED, lo que apoya el concepto de que el paciente con fibrilación auricular y comorbilidades tiene un riesgo mayor de presentar tanto un evento trombótico como un evento de sangrado. El tipo de FA se asocia significativamente y el antecedente de un ACV/AIT también ($p < 0.05$). Es importante resaltar que también se presentaron asociaciones entre esta variable y el tipo de sangrado mayor y el sangrado menor en la cohorte analizada.

Las variables sangrado mayor y menor (variables de desenlace primario de seguridad en experimentos clínicos fase III) se correlacionaron de forma significativa con el puntaje HAS-BLED ($p < 0.05$), en línea con la evidencia científica actual que respalda el hecho de que los pacientes con puntajes HAS-BLED altos tienen una probabilidad mayor de presentar sangrados. Finalmente, en la cohorte no se evidencian pacientes fallecidos y la totalidad de los pacientes analizados se adhirió a las terapias.

Discusión

La fibrilación auricular se asocia con alta morbimortalidad debido a que genera un incremento en el riesgo de enfermedad cerebrovascular de tipo AVC/AIT, dentro de este estudio, de los 146 registros evaluados, la media de 77 años y el género femenino más prevalente, la FANV de tipo permanente e hipertensión arterial como la comorbilidad más frecuente, fueron características similares a las reportadas en la literatura científica (9, 10) como el estudio AFINVA, con una edad media de 77.4 años, con más de la mitad de participantes mujeres, con frecuencia de FA de tipo permanente en 60.8% donde 78% presentó como comorbilidad la hipertensión arterial (9) y el estudio de L.Y. Mantilla-Villabona

et al., donde la edad promedio de los participantes fue 76.47 años, un 60.80% correspondieron a mujeres, 82.41% de los participantes presentaron FANV no valvular y de estos 84.7% tenían hipertensión arterial asociada (10).

Respecto al tratamiento, 99% de los pacientes recibió manejo con NOACs, de los cuales 76% recibió rivaroxabán, 84% de los pacientes no se encontraban recibiendo ASA y 98% no estaba siendo tratado con clopidogrel, tratamiento alineado a las recomendaciones de las guías de práctica clínica internacionales (3, 6, 7); sin embargo, de acuerdo con las escalas de clasificación de CHADS2 y CHA2DS2-VASc, 6% de los pacientes con clasificación 0 y 1 recibieron tratamiento anticoagulante pese a que no ser recomendaciones vigentes; así como por otro lado, de los 146 pacientes analizados, la mayoría de pacientes, un 45%, presentaron una clasificación HAS-BLED 2. De lo descrito anteriormente se debe resaltar que la terapia seleccionada en los participantes del estudio se encuentra alineada a las recomendaciones de manejo de los pacientes, en las que se determina que los antiplaquetarios no se encuentran indicados en este tipo de pacientes, ha progresado respecto al manejo reportado en América Latina en el estudio de *insights* GARFIELD-AF donde se documentó monoterapia con antiplaquetarios en 24% de los participantes y antiplaquetarios asociado a AVK o NOACs en 61% de los casos (8).

Respecto a los desenlaces clínicos más de 90% de los pacientes no presentó un ACV/AIT, embolismo sistémico hemorragias menores y mayores, respectivamente; sin embargo, si se mostró una asociación estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la variable ACV/AIT con los puntajes CHADS2, CHA2DS2-VASc, HASBLED, lo que apoya el concepto de que el paciente con fibrilación auricular y comorbilidades tiene un riesgo mayor de presentar tanto un evento trombótico como un evento de sangrado.

Se reconoce el diseño del estudio seleccionado y los datos recogidos mediante registro, pudieron introducir sesgos de información; sin embargo, estos no son diferenciales.

El estudio se realizó con base en una población del departamento del Tolima, que accedió a una institución de alta complejidad ubicada en el municipio de Ibagué, por lo cual este estudio no permite realizar la extrapolación de resultados a la totalidad de población colombiana; no obstante, es posible plantear una hipótesis sobre el comportamiento clínico, las comorbilidades y el tratamiento de pacientes colombianos con fibrilación auricular no valvular.

De acuerdo con los resultados se puede concluir que la elección de manejo con no antivitamina K anticoagulantes (NOACs) documentada está alineada con la recomendación de las guías internacionales y que así como lo reportado en la literatura, en el Instituto Cardiovascular del Tolima (Ibagué, Colombia), los pacientes con fibrilación auricular no valvular tienen edad avanzada, múltiples comorbilidades así como se encuentra creciendo el uso de NOACs y decreciendo la terapia con antiplaquetarios alineados a las recomendaciones internacionales.

Agradecimientos

Expresamos nuestra gratitud, por la valiosa colaboración prestada, al equipo de trabajo ODDS Epidemiology que con su empeño, dedicación y buena voluntad, permitió hacer la debida recolección de la información, análisis estadístico y elaboración del manuscrito.

Referencias

1. **Melgarejo-Rojas E.** Prevención farmacológica de embolia por fibrilación auricular y sus escalas de riesgo de embolia y sangrado. *Rev Colomb Cardiol* 2016; **23**:65-72.
2. **Álvarez-Ortiz A.** Rol del sistema autonómico y la fibrilación auricular. *Rev Colomb Cardiol* 2016; **23**:15-8.
3. **Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al.** 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016; **37**(38):2893-962.
4. **Cubillos L, Haddad A, Mould J, Kuznik A.** Burden of disease from atrial fibrillation in adults from seven countries in Latin America. *Int J Gen Med* 2014; **441**.
5. **Diener H-C, Aisenberg J, Ansell J, Atar D, Breithardt G, Eikelboom J, et al.** Choosing a particular oral anticoagulant and dose for stroke prevention in individual patients with non-valvular atrial fibrillation: part 1. *Eur Heart J* 2016; **ehv643**.
6. **Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, Albaladejo P, Antz M, Desteghe L, et al.** The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018; **39**(16):1330-93.
7. **January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al.** 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation* 2019; **140**(2). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000665>
8. **Jerjes-Sanchez C, Corbalan R, Barretto ACP, Luciardi HL, Allu J, Illingworth L, et al.** Stroke prevention in patients from Latin American countries with non-valvular atrial fibrillation: Insights from the GARFIELD-AF registry. *Clin Cardiol* 2019; **42**(5):553-60.
9. **Mora-Llabata V, Dubois-Marqués D, Roldán-Torres I, Mateu-Navarro C, Sanz-García JJ, Moreno-Ballester V, et al.** Prevalencia de fibrilación auricular y características de la fibrilación auricular no valvular en la población general. Registro AFINVA. *Rev Colomb Cardiol* 2017; **24**(1):26-33.
10. **Mantilla-Villabona LY, Ospina-Galeano DC, Gutiérrez-Ortiz AJ, Camacho PA.** Pacientes con fibrilación auricular atendidos en consulta de atención primaria de una institución de alta complejidad. *Rev Colomb Cardiol* 2018; **25**(2):124-30.

