

## Epidemiología de la fibrilación auricular en una clínica de alta complejidad en Colombia

**Epidemiology of atrial fibrillation in a high-complex clinic in Colombia**

Guillermo Arana-Morales

Departamento de Medicina Humana, Universidad Nacional del Santa, Chimbote, Perú

Al editor:

He leído con interés el artículo de Cadavid-Zuluaga, et al.<sup>1</sup>, titulado: "Epidemiología de la fibrilación auricular en una clínica de alta complejidad. Estudio de una cohorte retrospectiva", publicado recientemente en su revista. Resalto la utilidad de las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados o intervenidos, con diagnóstico de fibrilación auricular, atendidos en una clínica de cuarto nivel de complejidad en Colombia con una media de edad de 69 años, con comorbilidades frecuentes como hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, y una mortalidad durante la hospitalización del 4.5%. Se realizó algún procedimiento electrofisiológico en el 21% de los pacientes; sin embargo, no se dispone de información importante sobre el *score* para estratificar el riesgo de embolia y el tratamiento anticoagulante recibido.

Quiero comparar estos hallazgos con estudios publicados en mi país. La Sociedad Peruana de Cardiología realizó un registro de febrero 2020 a marzo 2021 en el que participaron hospitales públicos y clínicas privadas. La edad promedio fue de 75.6 años y la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión. Así mismo, el score CHA2DS2-VASc promedio fue de 3.5 (en 85% de los pacientes el score fue mayor a 2) y se halló un bajo uso de procedimientos electrofisiológicos. De igual forma, en este registro se resalta el

uso predominante de anticoagulantes directos en el 64% de los pacientes<sup>2</sup>.

En el 2012, la Revista Peruana de Cardiología publicó un estudio epidemiológico acerca de la fibrilación auricular en el Perú, con una edad promedio de 69 años, y en el que la hipertensión también fue la comorbilidad más frecuente. Sin embargo, el resultado más preocupante estuvo relacionado con la indicación de anticoagulación. Claramente, se documentó adherencia inadecuada del grupo médico especialista a las recomendaciones internacionales basadas en las evidencias clínicas disponibles. Así, por ejemplo, sólo un 40% de los pacientes con escala de riesgo cardioembólico CHA2DS2-VASc mayor o igual a 2 recibía anticoagulación basada en warfarina; no se evaluó la calidad de anticoagulación con tiempo en rango terapéutico (TRT)<sup>3</sup>.

En nuestro Hospital, en los años 2014 y 2015 se llevó a cabo un estudio epidemiológico en el que la edad promedio fue 75.3 años, la comorbilidad más frecuente también fue la hipertensión arterial, el 17% tuvo alguna hospitalización, el porcentaje de procedimientos electrofisiológicos fue bajo, el 73.96% de los pacientes tuvo un score CHA2DS2-VASc superior o igual a 2, y la mayoría recibió warfarina. Se estudió, además, la calidad de la anticoagulación con el indicador TRT, y se determinó que sólo un 4.2% alcanzó un TRT óptimo mayor al 70%<sup>4</sup>.

### Correspondencia:

Guillermo Arana-Morales

E-mail: guillearana@gmail.com

0120-5633 / © 2023 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 08-09-2022

Fecha de aceptación: 16-01-2023

DOI: 10.24875/RCCAR.22000069

Disponible en internet: 01-05-2023

Rev Colomb Cardiol. 2023;30(2):139-140

[www.rccardiologia.com](http://www.rccardiologia.com)

## Financiamiento

El autor declara no haber recibido financiamiento.

## Conflictos de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Cadavid-Zuluaga V, Agudelo-Uribe JF, Ramírez-Barrera JD, Sáenz-Jaramillo G. Epidemiología de la fibrilación auricular en una clínica de alta complejidad. Estudio de una cohorte retrospectiva. Rev Colomb Cardiol. 2022;29(2):150-4.
2. Gallegos JH, Drago J. Registro Peruano de Fibrilación Auricular (REPERFA). Reporte preliminar. Disponible en: <https://sopecard.org/wp-content/uploads/2021/08/Registro-Peruano-de-Fibrilacion-Auricular.pdf>.
3. Medina F. Epidemiología de la fibrilación auricular y el registro SAPHIR en Perú. Rev Per Cardiol. 2012;38(2):65-8.
4. Arana G. Factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad, características clínicas y aspectos terapéuticos en pacientes con fibrilación auricular atendidos en el hospital III EsSalud Chimbote. Rev Per Cardiol. 2017;43(1):5-11.