

## Patrones clínicos de presentación de la fibrilación auricular en los pacientes hospitalizados

Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo<sup>a</sup>, Antonia Márquez García<sup>b</sup>, Antonio Fajardo Pineda<sup>a</sup>, Cristóbal Lozano Cabezas<sup>a</sup>, Manuel Guzmán Herrera<sup>a</sup>, Antonio Ramírez Moreno<sup>a</sup>, Rosa Cardenal Piris<sup>a</sup>, Carlos Pagola Vilardebó<sup>a</sup>, José L. Fernández Reyes<sup>b</sup> y Juan Navarro Herrera<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.

**Introducción y objetivos.** La guía ACC/AHA/ESC 2001 para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) establece 4 categorías: primer episodio, paroxística, persistente y permanente. El objetivo es analizar la frecuencia de los distintos patrones clínicos de presentación de FA en los pacientes hospitalizados.

**Pacientes y método.** Analizamos el patrón de la FA en 300 pacientes hospitalizados, 200 de ellos en el servicio de cardiología y 100 en el de medicina interna. Determinamos su perfil clínico y valoramos los factores que condicionaron el tratamiento terapéutico.

**Resultados.** La forma permanente sólo estuvo presente en el 30% de los pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología y en el 51% de los ingresados en el servicio de medicina interna. El patrón de primer episodio fue el más frecuente en los pacientes de cardiología (41%). En éstos hubo un mayor porcentaje de utilización de anticoagulantes que entre los ingresados en medicina interna (57,9 frente a 41%;  $p < 0,01$ ), así como de bloqueadores beta, y un menor uso de digital, si bien en el análisis multivariable el ingreso en cardiología sólo se comportó como un factor predictor independiente de mayor probabilidad de ser tratado con bloqueadores beta (*odds ratio* [OR] = 3,8; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,3-11,1;  $p < 0,05$ ), y el mayor condicionante del uso de anticoagulantes fue haber sido dado de alta en FA (OR = 4,8; IC del 95%, 2,5-9,2;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** a) La FA es una arritmia con un patrón clínico heterogéneo y diferente según el nivel asistencial en el que se analice; b) entre los pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología, sólo el 30% presenta la arritmia de forma permanente y el primer episodio es el patrón clínico más frecuente, y c) ser dado de alta en FA se ha comportado como el principal determinante del tratamiento terapéutico.

**Palabras clave:** Fibrilación auricular. Anticoagulación. Arritmias.

## Patterns of Clinical Presentation of Atrial Fibrillation in Hospitalized Patients

**Introduction and objectives.** The ACC/AHA/ESC 2001 guidelines for the management of atrial fibrillation (AF) establish 4 categories: first episode, paroxysmal, persistent and permanent. The aim of this study was to analyze the frequency of the different clinical patterns of presentation of AF in hospitalized patients.

**Patients and method.** We analyzed the pattern of AF in 300 hospitalized patients, 200 of whom were admitted to the cardiology and 100 to the internal medicine department. We determined the clinical profile and evaluated the factors influencing therapeutic management.

**Results.** The permanent form was present in 30% of the patients admitted to the cardiology department and in 51% if those admitted to the internal medicine department. The first episode pattern was the most frequent in cardiology department patients (41%). In patients hospitalized in cardiology the percentage use of anticoagulants (57.9% vs. 41%;  $p < 0.01$ ) and beta blockers was greater than in internal medicine patients, and digitalis use was lower. In the multivariate analysis, admission to the cardiology department was an independent predictor of treatment with beta blockers (OR = 3.8; 95% CI, 1.3-11.1;  $p < 0.05$ ), and discharge from the hospital with AF was a predictor of anticoagulant prescription (OR = 4.8; 95% CI, 2.5-9.2;  $p < 0.001$ ).

**Conclusions.** a) Atrial fibrillation is an arrhythmia with a heterogeneous clinical pattern that varies depending on the type of care provided; b) on admission to cardiology, only 30% of the patients present with permanent arrhythmia, and the most frequent clinical pattern is first episode; and c) discharge from the hospital with AF was the principal determinant of therapeutic management.

**Key words:** Atrial fibrillation. Anticoagulation. Arrhythmias.

Full English text available at: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

Correspondencia: Dr. E. Vázquez Ruiz de Castroviejo. Navas de Tolosa, 4 y 6; P-1; 6.º M. 23003 Jaén. España. Correo electrónico: [vazquez89@arrakis.es](mailto:vazquez89@arrakis.es)

Recibido el 5 de mayo de 2003.

Aceptado para su publicación el 11 de septiembre de 2003.

## ABREVIATURAS

DM: diabetes mellitus.  
FA: fibrilación auricular.  
HTA: hipertensión arterial.  
MI: medicina interna.  
RS: ritmo sinusal.

## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha tomado plena conciencia de la importancia de la fibrilación auricular (FA) como problema sociosanitario, hasta el punto de que ha sido calificada como una epidemia con importantes repercusiones sociales<sup>1-3</sup>. Asimismo, ha quedado bien establecido que la FA sobrepasa el ámbito de la cardiología e implica a todos los profesionales que realizan una actividad clínica. Sin embargo, la FA es una arritmia que no siempre se presenta de forma permanente y, por tanto, constituye un cuadro clínico heterogéneo con patrones de presentación bien diferenciados que condicionan pautas terapéuticas distintas. Así se ha reconocido desde hace años<sup>4</sup> y se ha recogido en la última guía de práctica clínica elaborada de forma conjunta por la Sociedad Europea de Cardiología y las dos principales sociedades americanas de cardiología<sup>5</sup>. En dicho documento se clasifica la FA en 4 grandes grupos: primer episodio, paroxística, persistente y permanente.

No se conocen ni la frecuencia de cada una de estas formas de presentación ni las diferencias en el perfil clínico de los pacientes, según su patrón clínico y el estamento sanitario donde son atendidos. Por otro lado, las recomendaciones terapéuticas para la prevención de la tromboembolia están dirigidas a la forma permanente e «intermitente», e incluyen dentro de este último término las formas paroxística y permanente de la actual clasificación<sup>5</sup>.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la frecuencia de los distintos patrones clínicos de presentación de FA en los pacientes hospitalizados, valorar su perfil clínico, las diferencias existentes en función de la ubicación del paciente y las opciones terapéuticas utilizadas. Pretende, asimismo, identificar las situaciones de la práctica clínica diaria que presentan mayores dificultades para adaptarse a las recomendaciones de las guías de práctica clínica y documentos de consenso.

## PACIENTES Y MÉTODO

Analizamos de forma retrospectiva los informes clínicos de alta y, cuando fue necesario, la historia clínica completa de 300 pacientes hospitalizados en nues-

tro centro con diagnóstico de FA, independientemente de que el motivo de la hospitalización estuviera relacionado con la arritmia o de que el diagnóstico de ésta se realizara durante su estancia hospitalaria o con anterioridad.

Se identificó un grupo de 200 pacientes del análisis de 594 enfermos dados de alta de forma consecutiva durante el año 2002 de la planta de cardiología, y otro de 100 pacientes del análisis de 672 altas consecutivas de medicina interna (MI). Si un paciente había reingresado dentro del período de análisis, sólo se tuvo en cuenta el primer ingreso, de forma que el estudio incluye a los pacientes, y no los ingresos.

Valoramos los patrones clínicos de presentación de la arritmia, según la situación hasta el momento del ingreso e independientemente de la evolución posterior, siguiendo los criterios de la guía clínica antes mencionada<sup>5</sup>, que propone una clasificación de la arritmia que incluye 4 categorías: primer episodio, paroxística, persistente y permanente.

Consideramos que un paciente debía ser incluido en el grupo de FA permanente cuando de la historia clínica se deducía que la arritmia estaba siempre presente y no estaba indicado intentar revertirla a ritmo sinusal (RS) por cualquier procedimiento. Si el paciente se encontraba habitualmente en RS, había presentado más de un episodio documentado de FA y, en todas las ocasiones, se había producido la reversión a RS sin la intervención de procedimientos eléctricos o fármacos antiarrítmicos, es decir, de forma espontánea o sólo tras la participación de fármacos dromotropos negativos, y con una duración habitualmente inferior a las 24 o 48 h, era incluido dentro del grupo de FA recurrente, paroxística. Los pacientes con RS predominante, con más de un episodio documentado de FA que hubiera requerido intervención eléctrica o farmacológica para la restauración del RS, o que recibían con regularidad terapia farmacológica antiarrítmica, eran incluidos en el grupo de FA recurrente, persistente. Por último, todos los pacientes que ingresaron en FA y cuya historia clínica no aportaba datos que sugirieran episodios previos fueron clasificados como primer episodio de FA.

Analizamos el perfil clínico de los pacientes, incluyendo las siguientes variables: edad, sexo, presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, disfunción sistólica de ventrículo izquierdo, presencia de valvulopatía o prótesis, fenómenos tromboembólicos previos y situación en la que fue dado de alta (RS o FA).

Consideramos que un paciente era hipertenso, diabético o dislipémico si en el informe de alta se mencionaban antecedentes de alguna de estas enfermedades o se recomendaban tratamientos farmacológicos encaminados a su corrección. Se consideró que había disfunción sistólica del ventrículo izquierdo si la fracción de eyección era inferior al 50% o existía una

TABLA 1. Características clínicas de los pacientes

	Todos (n = 300)	Cardiología (n = 200)	Medicina interna (n = 100)	p
Edad media (años)	73,2 ± 11,5	70,3 ± 12,0	78,9 ± 7,7	< 0,001
> 75 años (%)	48	37	70	< 0,001
> 80 años (%)	26,3	19,5	40	< 0,001
< 65 años (%)	26,3	25	3	< 0,001
Varones (%)	49,3	54	40	< 0,05
HTA (%)	47,8	45	52	NS
DM (%)	29,8	22,1	45	< 0,001
Dislipemia (%)	12	12,6	11	NS
FTE previo (%)	13	7,5	24	< 0,001
Cardiopatía estructural (%)	37,3	40,6	22,0	< 0,05
Alta en RS (%)	37,5	39,7	33	NS

DM: diabetes mellitus; FTE: fenómenos tromboembólicos previos; HTA: hipertensión arterial; NS: no significativo; RS: ritmo sinusal.

mención cualitativa en este sentido en el informe del ecocardiograma. Se valoraron como tromboembolias previas los antecedentes de accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio o embolia periférica.

Se valoró el tratamiento empleado durante el ingreso del paciente o el recomendado en el momento del alta mediante el análisis del uso de cardioversión eléctrica, fármacos antiarrítmicos, terapia antitrombótica, digital y bloqueadores beta. Se utilizó un análisis univariable para comparar las características clínicas y el tratamiento terapéutico de los pacientes ingresados en cardiología con los ingresados en MI. El análisis multivariable, que incluyó las variables edad, sexo, ingreso en MI, presencia de HTA, tromboembolia previa, DM, cardiopatía estructural o FA al alta, se utilizó para establecer los factores que condicionaron el tratamiento y, sobre todo, si la ubicación del paciente fue un factor determinante para su tratamiento.

### Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se han expresado mediante la media ± 1 desviación estándar. Las variables cualitativas se han expresado en porcentajes. Se utilizó el test de la t de Student para comparar las variables cuantitativas no apareadas y el test de la  $\chi^2$  para las variables cualitativas. Para el estudio multivariable se utilizó un análisis de regresión logística, y las variables de ajuste se establecieron según algunas consideraciones clínicas. Se calcularon las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%. Para las pruebas de contraste de hipótesis, los valores de  $p < 0,05$  se consideraron estadísticamente significativos.

### RESULTADOS

Se observó FA en el 33,7% (200 de 594) de los pacientes ingresados en la planta de cardiología y en el 14,8% (100 de 672) de los ingresados en MI.

TABLA 2. Frecuencia de las distintas formas clínicas de presentación de la fibrilación auricular

	Todos (n = 300)	Cardiología (n = 200)	Medicina interna (n = 100)	p
Primer episodio (%)	33	41	17	< 0,001
Permanente (%)	37	30	51	NS
Paroxística (%)	23	20,5	28	NS
Persistente (%)	7	8,5	4	< 0,001

NS: no significativo.

Las características clínicas de la totalidad de los pacientes y las diferencias entre los ingresados en uno u otro servicio se exponen en la tabla 1. Como puede observarse, había diferencias significativas entre ambos grupos. Los pacientes ingresados en MI tenían una edad significativamente superior, de forma que sólo 3 tenían < 65 años y el 70% > 75 años. En cuanto a la morbilidad, también se observan importantes diferencias entre uno y otro grupo, ya que la presencia de DM se duplicó y la de tromboembolias previas se triplicó en los pacientes ingresados en MI respecto a los de cardiología. La presencia de enfermedad cardíaca estructural, definida por la presencia de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y/o valvulopatía o prótesis, fue significativamente superior en el grupo ingresado en cardiología.

En la tabla 2 se analizan las diferencias entre los patrones clínicos de presentación de la arritmia entre los pacientes hospitalizados en ambos servicios. La presentación como primer episodio fue la forma clínica más frecuente en los pacientes de cardiología, mientras que la arritmia permanente fue predominante en MI. Los distintos patrones de primer episodio y arritmia permanente mostraron diferencias estadísticamente significativas. Las diferencias entre los patrones permanente y paroxístico no alcanzaron significación estadística.

**TABLA 3. Características clínicas y tratamiento farmacológico utilizado al alta según la forma clínica de presentación de la arritmia en los pacientes hospitalizados en cardiología**

	Primer episodio	Permanente	Paroxística	Persistente
Edad (años)	67 ± 14	75 ± 9	71 ± 11	71 ± 11
Alta en RS (%)	43,9	0	75,6	70,6
Ausencia de FRT (%)	9,8	1,7	17,1	5,9
Digital (%)	32	50,9	22	23,5
Bloqueadores beta (%)	35	10	12	23,5
Antiarrítmicos (%)	9,8	3,6	39	70,6
Antagonistas del calcio (%)	8,5	23,6	9,8	11,8

FRT: factores de riesgo tromboembólico; RS: ritmo sinusal.

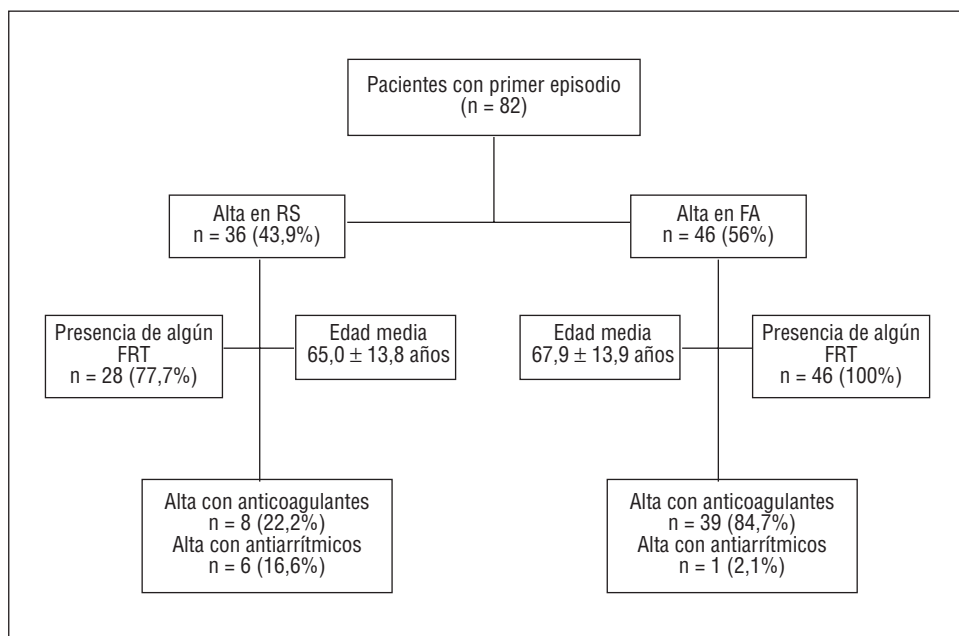
El análisis de la edad, las características clínicas y el tratamiento de los 200 pacientes ingresados en la planta de cardiología muestra diferencias en función del patrón clínico de presentación de la arritmia (tabla 3). Los pacientes con FA permanente presentan una edad significativamente superior a la de los enfermos con el primer episodio. La ausencia de factores de riesgo tromboembólicos, definidos como una edad > 65 años, la presencia de valvulopatía, prótesis o disfunción sistólica de ventrículo izquierdo; la presencia de fenómenos tromboembólicos previos y la historia de HTA o DM mostraron también diferencias en función del patrón de la arritmia. Sólo uno de los 60 pacientes (1,7%) con la forma permanente de la arritmia no presentaba ninguno de estos factores de riesgo frente a 7 de los 41 (17%) pacientes con FA paroxística (p < 0,001). En la figura 1 se puede observar la evolución

de los pacientes con el primer episodio respecto al ritmo con el que fueron dados de alta y a la presencia de factores de riesgo tromboembólico.

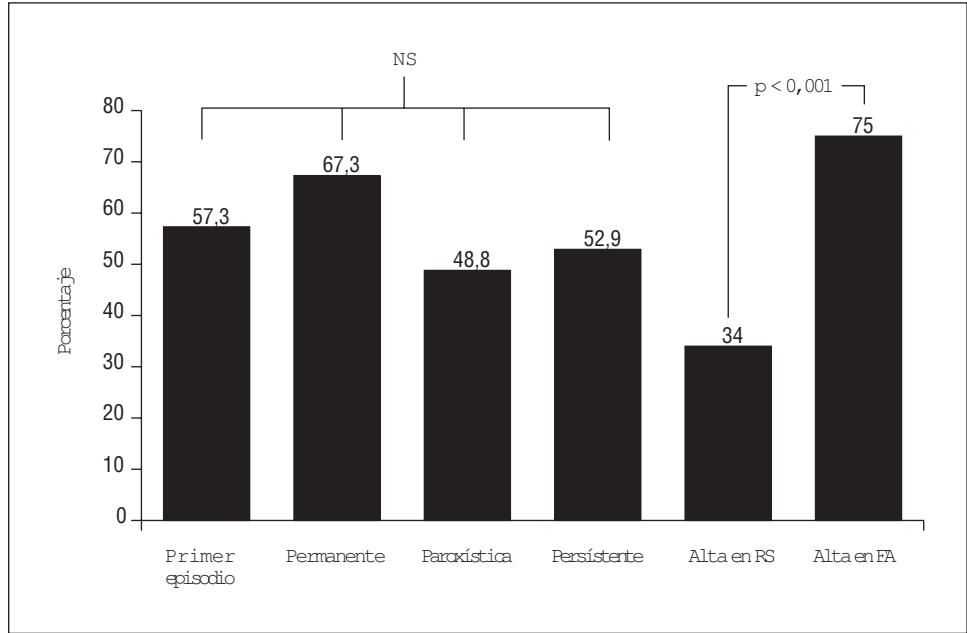
El uso de bloqueadores beta, digital o antiarrítmicos al alta estuvo condicionado por la forma de presentación de la FA (tabla 3). Al analizar por separado el uso del tratamiento anticoagulante (fig. 2) se observa que no hubo diferencias significativas entre los grupos, y que ser dado de alta en FA era el factor que condicionaba una mayor utilización de dicha terapia.

Durante su estancia en la planta de cardiología no se intentó la cardioversión farmacológica en ninguno de los pacientes y la cardioversión eléctrica se utilizó en escasas ocasiones. Este procedimiento se empleó en 5 pacientes: 3 con el primer episodio, 2 de ellos con una evolución de la arritmia inferior a 48 h y uno portador de una prótesis metálica que recibía tratamiento anticoagulante; los 2 casos restantes eran pacientes con FA recurrente, persistente, en tratamiento anticoagulante habitual. El 80% de los pacientes con una forma no permanente de la arritmia que fue dado de alta en FA recibió tratamiento anticoagulante y fueron citados para una visita ambulatoria antes de los 2 meses con el fin de valorar la evolución y, en su caso, la realización de una cardioversión eléctrica programada.

Al comparar el tratamiento al que fueron sometidos los pacientes según su ubicación se observa, en el análisis univariante, que había diferencias importantes en el uso al alta de los distintos agentes terapéuticos (tabla 4); sin embargo, en el análisis multivariante, el haber sido ingresado en planta de MI sólo fue un factor predictor independiente con menor probabilidad de ser tratado con bloqueadores beta. La utilización del resto



**Fig. 1.** Evolución de los pacientes ingresados en cardiología que presentaban el patrón clínico de primer episodio respecto al ritmo con el que fueron dados de alta, la presencia de factores de riesgo tromboembólico y el tratamiento al alta. FA: fibrilación auricular; FRT: factor de riesgo tromboembólico; RS: ritmo sinusal.



**Fig. 2.** Utilización del tratamiento anticoagulante en los pacientes ingresados en cardiología según la forma clínica de presentación y el ritmo con el que fueron dados de alta. FA: fibrilación auricular; RS: ritmo sinusal.

de las terapias farmacológicas estuvo condicionada por las características clínicas de los pacientes y, fundamentalmente, por haber sido dado de alta en RS o FA (tabla 5).

**DISCUSIÓN**

En nuestro estudio se ha observado que la FA es una arritmia con una elevada prevalencia en los pacientes hospitalizados que está presente en uno de cada 3 ingresados en la planta de cardiología y en uno de cada 7 de los hospitalizados en MI.

**Patrones clínicos de la arritmia**

Se han observado diferencias en los patrones clínicos de presentación de la arritmia según la ubicación de los pacientes y la forma permanente es la predominante en los pacientes ingresados en MI. Entre los pacientes hospitalizados en cardiología, sólo un tercio

presentaba este patrón clínico y en casi la mitad de los casos se trataba del primer episodio. El número de pacientes incluidos en el análisis ha condicionado, no obstante, que la significación estadística sólo se alcance en los patrones de primer episodio y persistente.

**Patrón clínico de primer episodio**

El patrón clínico de primer episodio, considerado como la primera vez que se diagnostica la arritmia, independientemente del tiempo de evolución anterior o posterior, creemos que merece una atención especial. Este grupo de población ha representado, en nuestro estudio, casi la mitad de los pacientes hospitalizados en la

**TABLA 4. Diferencias en el tratamiento farmacológico entre los pacientes hospitalizados en cardiología y en medicina interna**

	Todos	Medicina interna	Cardiología	p
Anticoagulantes (%)	56,6	41	57,9	< 0,01
Digital (%)	39,1	47,5	34,9	< 0,05
Bloqueadores beta (%)	23,5	8,1	31,3	< 0,001
Antagonistas del calcio (%)	11,2	7,1	13,3	NS
Antiarrítmicos (%)	16,7	19,5	11,1	NS

NS: no significativo.

**TABLA 5. Factores condicionantes del tratamiento farmacológico al alta. Análisis multivariante**

	OR	IC del 95%	p
<b>Anticoagulantes</b>			
Edad	0,96	0,93-0,99	< 0,05
Alta en FA	4,88	2,58-9,22	< 0,001
HTA	2,25	1,17-4,35	< 0,05
Presencia de CE	2,08	1,06-4,07	< 0,05
<b>Digital</b>			
Alta en FA	13,36	5,78-30,90	< 0,001
<b>Bloqueadores beta</b>			
Ingreso en cardiología	3,86	1,34-11,10	< 0,05
Ausencia de CE	2,41	1,17-4,93	< 0,05
<b>Antiarrítmicos</b>			
Alta en RS	27,31	9,11-81,88	< 0,001
Presencia de CE	5,45	2,04-14,54	< 0,01

CE: cardiopatía estructural; FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; RS: ritmo sinusal.

planta de cardiología, hallazgo que concuerda con el encontrado en otro estudio con un diseño parecido<sup>6</sup>. Algo más del 50% de estos pacientes fue dado de alta en FA, sin antiarrítmicos y la gran mayoría anticoagulados, con el objetivo de realizar una cardioversión eléctrica diferida (fig. 1). Se han seguido, por tanto, las recomendaciones mayoritariamente aceptadas para estos pacientes a pesar de la incertidumbre que han creado los resultados de los estudios<sup>7,8</sup> recientemente publicados. Así, las decisiones sobre los aspectos más controvertidos del tratamiento de estos pacientes, como la terapia antiarrítmica y la duración de la terapia antitrombótica tras el procedimiento, se demoraron hasta el momento de la cardioversión y no han sido objeto de valoración en este trabajo. Sin embargo, no se pudo demorar la decisión terapéutica de los pacientes que se presentaron con el primer episodio de FA y que fueron dados de alta en RS. Esta circunstancia estuvo presente en 36 de los 200 (18%) pacientes hospitalizados en cardiología. Sólo el 22% fue dado de alta con anticoagulantes y al 17% se recomendó terapia antiarrítmica (fig. 1). Esta actitud puede justificarse por considerar muy agresivo iniciar estos tratamientos ante un primer episodio, sin que pueda invocarse para apoyarla el bajo perfil de riesgo tromboembólico de esta población, dado que más de las dos terceras partes presentaba algún factor de riesgo (fig. 1). Si bien la pauta de anticoagulación recomendada durante mucho tiempo para los pacientes sometidos a cardioversión (3 semanas antes y 4 semanas después) es objeto de nuevos planteamientos, entre los que se ha propuesto prolongar el período de anticoagulación hasta valorar la aparición de recidivas, especialmente en aquellos en los que se «prevea» esa posibilidad<sup>5</sup>, los pacientes con una recuperación espontánea del ritmo sinusal merecen poca atención, por lo que su tratamiento está sujeto a actitudes individuales y al buen criterio del médico responsable.

### **Utilización del tratamiento anticoagulante en relación con el patrón clínico de la arritmia**

En lo que se refiere al tratamiento antitrombótico, en la actualidad disponemos de guías de práctica clínica y de recomendaciones<sup>5,9-14</sup>, basadas en un elevado número de estudios y ensayos clínicos realizados durante la década de los noventa, ampliamente aceptadas para aquellos casos en los que la arritmia se presenta de forma permanente. Existe también un alto grado de consenso en el reconocimiento de que la forma no permanente de la arritmia presenta un riesgo tromboembólico similar<sup>15-18</sup>. Sin embargo, cuando se habla de forma no permanente de la arritmia no siempre se está incluyendo a un grupo homogéneo de pacientes. En la mayoría de los estudios que analizan este aspecto no se especifica si se trata de pacientes con la forma paroxística o la forma persistente de la actual clasificación, y todos se incluyen en el término de intermitente<sup>15,19-21</sup>.

En nuestro estudio, la forma persistente fue mucho menos prevalente en los pacientes hospitalizados y la ausencia de factores de riesgo tromboembólico fue más frecuente en la forma paroxística, sin que hubiera diferencias significativas en la utilización del tratamiento anticoagulante entre los 2 grupos. Puede parecer razonable que ante episodios prolongados y habitualmente no autolimitados, es decir, los que pueden ser incluidos en el patrón persistente, se asuman las recomendaciones respecto a la prevención de tromboembolias que existen para el patrón permanente. Sin embargo, si se acepta que un paciente con una duración de la arritmia inferior a 48 h puede ser sometido a intento de cardioversión eléctrica o farmacológica sin necesidad de tratamiento anticoagulante<sup>5</sup>, cabe preguntarse si un paciente con episodios repetidos, breves y autolimitados de la arritmia (FA paroxística) debe seguir los mismos criterios que el grupo de arritmia permanente o persistente. Creemos, por tanto, que se requieren recomendaciones específicas para la prevención de tromboembolias en los pacientes con FA no permanente que contemplen las diferencias existentes entre los 2 patrones clínicos de la actual clasificación.

### **Diferencias en el perfil clínico y en el tratamiento terapéutico en función del estamento asistencial en el que los pacientes fueron atendidos**

Se han observado diferencias en la comorbilidad que acompaña a la propia arritmia en función del grupo analizado; así, los pacientes ingresados en MI fueron más ancianos y con una mayor presencia de DM y tromboembolias previas, y con una menor frecuencia de cardiopatía estructural.

Cuando comparamos las terapias utilizadas en los pacientes ingresados en los 2 servicios estudiados vemos que también se detectan diferencias significativas, si bien en el análisis multivariante haber sido ingresado en cardiología no supuso una menor probabilidad de ser tratado con anticoagulantes, por lo que hay que atribuir al diferente perfil clínico de los pacientes la variabilidad en su tratamiento.

La escasa utilización de cardioversión hay que atribuirla a que estamos analizando a un grupo de pacientes ingresados en planta tras haber pasado por el servicio de urgencias y no haber revertido a RS. Esto implica que la duración de la arritmia pudo ser establecida en un tiempo inferior a las 48 h en muy escasas ocasiones. Por otro lado, todos los pacientes con patrón de primer episodio que fueron dados de alta en FA presentaban algún factor de riesgo tromboembólico, lo cual, aunque no está reflejado de forma expresa en la guías de práctica clínica, es, en nuestra opinión, una contraindicación para intentar la cardioversión sin anticoagulación previa.

Un último aspecto, que creemos que hemos de comentar tras los resultados del presente estudio es el de la valoración de los estudios que establecen recomendaciones sobre el número de pacientes en fibrilación auricular que deben ser anticoagulados o los que analizan el grado de cumplimiento en la práctica clínica de las recomendaciones sobre terapia antitrombótica. Durante los últimos años han aparecido numerosos estudios, dentro<sup>22-26</sup> y fuera<sup>27-29</sup> de nuestro país, que se han ocupado de estos extremos y que, sin duda, han contribuido a optimizar el empleo de la terapia e incluso a plantear el uso de la anticoagulación en colectivos en los que hasta hace poco resultaba impensable<sup>30-32</sup>. Sin embargo, se suele tratar el tema considerando la FA como un cuadro clínico homogéneo o, en el mejor de los casos, teniendo en cuenta únicamente las formas permanente y no permanente de la arritmia<sup>24,33</sup>. Por otro lado, a veces se establecen comparaciones entre las pautas terapéuticas utilizadas entre distintos niveles asistenciales<sup>33-35</sup> y las diferencias en el tratamiento se atribuyen al distinto grado de conocimiento o de actitud ante el problema, sin tener en cuenta, como ha mostrado nuestro estudio, que los pacientes con FA no sólo se presentan con patrones clínicos variables, sino que dichos patrones y el cuadro clínico global son diferentes en función del nivel asistencial donde son atendidos y, por tanto, pueden requerir recomendaciones y aproximaciones terapéuticas diferenciadas.

### Limitaciones

Se trata de un estudio retrospectivo, realizado en un solo centro y, por tanto, únicamente puede establecer la situación en el centro donde ha sido realizado, sin que necesariamente sea reflejo de una situación generalizada, si bien los datos no son muy dispares de los que aportan los escasos estudios disponibles<sup>6</sup>. Creemos que un estudio similar, realizado en centros con unidades de arritmias que atiendan a pacientes derivados de unidades de cardiología clínica o en las consultas de atención primaria, servicios de urgencias o consultas de cardiología, arrojaría resultados diferentes.

Si bien los pacientes que hemos analizado constituyen un grupo que fue hospitalizado, porque la arritmia tuvo una duración, en la mayoría de los casos, superior a las 24 h, el tiempo transcurrido desde el inicio hasta su paso a RS, en los casos en que dicha situación se produjo, no se ha podido precisar, dado que los pacientes no fueron controlados tras su traslado a la planta desde el servicio de urgencias, lo que impide valorar la actitud terapéutica ante una situación bien definida, como es la FA de muy breve evolución.

### CONCLUSIONES

La FA en los pacientes ingresados se presenta con un patrón clínico heterogéneo y diferente según el servicio de hospitalización que se analice. La forma permanente de la arritmia sólo se presenta en un tercio de los pacientes hospitalizados en cardiología, y el patrón de primer episodio es el más frecuente. Ser dado de alta en FA es el principal determinante del tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ezekowitz MD. Atrial fibrillation: the epidemic of the new millennium. *Ann Intern Med* 1999;131:537-8.
2. Alpert JS. Atrial fibrillation: a growth industry in the 21st century. *Eur Heart J* 2000;21:1207-8.
3. Tsang TS, Gersh BJ. Atrial fibrillation: an old disease, a new epidemic. *Am J Med* 2002;113:432-5.
4. Gallagher MM, Camm J. Classification of atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 1998;82:N18-28.
5. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. The ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2001;22:1852-923.
6. Dixon, B, Bracha Y, Loecke SW, Guerrero MA, Taylor RD, Asinger RW. The new atrial fibrillation classification system applied to consecutive patients discharged from an urban hospital [abstract]. *Circulation* 2002;106(Suppl):457.
7. The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
8. 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;347:1834-40.
9. Atrial fibrillation investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 1994;154:1449-57.
10. Heras M, Fernández-Ortiz A, Gómez-Guindal JA, Iriarte JA, Lidón RM, Pérez-Gómez F, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Recomendaciones para el uso del tratamiento antitrombótico en cardiología. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:801-20.
11. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 1999;131:492-501.
12. Albers GW, Dalen JE, Laupacis A, Manning WJ, Petersen P, Singer DE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 2001; 119:S194-206.
13. Segal JB, McNamara RL, Miller MR, Powe NR, Goodman SN, Robinson KA, et al. Anticoagulants or antiplatelet therapy for non-rheumatic atrial fibrillation and flutter (Cochrane review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: update software.
14. Benavente O, Hart R, Koudstaal P, Laupacis A, McBride R. Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks (Cochrane review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: update software.
15. Hart RG, Pearce LA, Rothbart RM, McNulty JH, Asinger RW,

- Halperin JL. Stroke with intermittent atrial fibrillation: incidence and predictors during aspirin therapy. *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators*. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:183-7.
16. Aboaf AP, Wolf PS. Paroxysmal atrial fibrillation. A common but neglected entity. *Arch Intern Med* 1996;156:362-7.
  17. Lip GY, Li Saw, Hee FL. Paroxysmal atrial fibrillation. *Q J Med* 2001;94:665-78.
  18. Chung MK. Should patients receive anticoagulation for paroxysmal atrial fibrillation? *Cleve Clin J Med* 2000;67:9-10.
  19. The SPAF Investigators. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study Group Investigators: final results. *Circulation* 1991;84: 527-39.
  20. European atrial fibrillation trial study group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after ischaemic attack or minor stroke. *Lancet* 1993;342:1255-62.
  21. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Adjusted-dose warfarin versus low-intensity, fixed-dose warfarin plus aspirin for high-risk patients with atrial fibrillation: stroke prevention in atrial fibrillation III randomised clinical trial. *Lancet* 1996;348: 633-8.
  22. Brotons C, Moral I, Anton JJ, Cobos M, Cucurull E, Gállego C, et al. Tratamiento preventivo de la fibrilación auricular no reumática: de la eficacia de los ensayos clínicos a la efectividad en la práctica clínica. *Aten Primaria* 1997;20:367-71.
  23. Alonso Roca R, Barroso Muñoz C, Álvarez Solanes I, Alcaraz Bethancourt A, Puche López N, Gordillo López FJ. Situación actual del control de la anticoagulación oral en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:127-33.
  24. Vázquez E, Martín Rubio A, Pousibet H, Lozano C, Guzmán M, Tarabini A, et al. Utilización del tratamiento anticoagulante en los pacientes con fibrilación auricular no reumática. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:200-4.
  25. Bertomeu V, Morillas PJ, González-Juanatey JR, Alegría E, García-Acuña JM, González-Maqueda I, et al. Empleo de fármacos antitrombóticos en pacientes hipertensos con fibrilación auricular crónica. Estudio Cardiotens 99. *Med Clin (Barc)* 2002;118: 327-31.
  26. Vázquez E, Martín Barranco MJ, Martín Rubio A, Fajardo A, Lozano C, Guzmán M, et al. Cambios en el perfil clínico de los pacientes anticoagulados durante la década de los noventa. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:55-60.
  27. Prevalence of atrial fibrillation and eligibility for anticoagulants in the community. *Lancet* 1998;352:1167-71.
  28. Stafford RS, Singer DE. Recent national patterns of warfarin use in atrial fibrillation. *Circulation* 1998;97:1231-3.
  29. Brass LM, Krumhol HM, Scinto JM, Radford M. Warfarin use among patients with atrial fibrillation. *Stroke* 1997;28:2382-9.
  30. Vázquez E, Sánchez-Perales C, Borrego F, García Cortés MJ, Lozano C, Guzmán M, et al. Influence of atrial fibrillation on the morbido-mortality of patients on hemodialysis. *Am Heart J* 2000; 140:886-90.
  31. Abbott KC, Trespalacios FC, Taylor AJ, Agodoa LY. Atrial fibrillation in chronic dialysis patients in the United States: risk factors for hospitalization and mortality. *BMC Nephrol* 2003;4:1. Disponible en: [www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=12546711](http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=12546711)
  32. Vázquez E, Sánchez-Perales C, García-Cortés MJ, Borrego F, Lozano C, Guzmán M, et al. Ought dialysis patients with atrial fibrillation be treated with oral anticoagulants? *Intern J Cardiol* 2003;87:135-9.
  33. Lip GY, Zarifis J, Watson RD, Beevers DG. Physician variation in the management of patients with atrial fibrillation. *Heart* 1996; 75:200-5.
  34. Brodsky MA, Chun JG, Podrid PJ, Douban S, Allen BJ, Cygan R. Regional attitudes of generalists, specialists and subspecialists about management of atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 1996; 156:2553-62.
  35. Munschauer FE, Priore RL, Hens M, Castilone A. Thromboembolism prophylaxis in chronic atrial fibrillation. Practice patterns in community and tertiary-care hospitals. *Stroke* 1997;28:72-6.