



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS. EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO - MAYO 2014

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

GONZALEZ C., MARIA DE LOS A.
C.I. V – 18297792

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los veinticinco días del mes de octubre del año dos mil catorce.

Prof. Darío Saturno (Pdte)

C.I.

Fecha

J
4863270
25-10-14

Prof. Haydeé Oliveros

C.I.

Fecha

3025988
25-10-2014



Prof. José L. Herrera

C.I.

Fecha

9.445.736
25/10/2014

TG: 43-14

**FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO.
EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE
TEJERA". ENERO- MAYO 2014.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO.
EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE
TEJERA". ENERO- MAYO 2014.**

AUTORA: María González C. C.I 18.297.792

VALENCIA, JULIO DE 2014.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO.
EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE
TEJERA". ENERO- MAYO 2014.**

AUTORA: María González C. C.I 18.297.792

TUTOR CLÍNICO: Raúl La Salle

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

VALENCIA, JULIO DE 2014.

ÍNDICE GENERAL

	pp
Índice de Tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	1
Metodología	
- Tipo y diseño de la investigación.....	7
- Población y Muestra.....	7
- Técnica Recolección de datos.....	7
- Análisis Estadístico.....	8
Análisis de los Resultados	9
Discusión.....	11
Conclusiones.....	14
Recomendaciones.....	15
Referencias Bibliográficas.....	16
Anexos.....	18

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	pp
Distribución según Edad y Sexo.....	20
Tabla 2	
Distribución según Factores de riesgo.....	21
Tabla 3	
Distribución según Etiología.....	22
Tabla 4	
Distribución según Territorio Cerebral.....	23

FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO. EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. ENERO- MAYO 2014.

Autor: María de los A. González C.
Año: 2014.

RESUMEN

La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente y su incidencia y prevalencia aumentan en paralelo al incremento de las enfermedades cardiovasculares, especialmente a expensas de la población de edad avanzada. Están bien documentadas las complicaciones de este tipo de arritmia como es el caso más frecuente de embolia cerebral causando en algunos casos ictus isquémicos cerebrales y sobre todo si se suma a otros muchos factores de riesgo que pueda tener cada uno de los pacientes. **Objetivo:** Caracterización de los pacientes con ictus isquémico y Fibrilación Auricular atendidos en la Emergencia de Adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo comprendido entre Enero y Mayo 2014. **Metodología:** Investigación de tipo observacional, descriptivo y transversal; donde se caracterizaron factores relacionados con los casos de ictus isquémico con FA. **Resultados:** De los 40 pacientes con ictus isquémico que ingresaron a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo antes descrito, 22 pacientes resultaron con fibrilación auricular, de los cuales se registró una edad promedio de 62,6 años \pm 3,09, fueron más frecuentes aquellos pacientes con 60 o más años representando un 63,64%, En cuanto al sexo fue más frecuente el masculino con un 63,64%. En lo que respecta a los factores de riesgo, el más frecuente fue la enfermedad arterial hipertensiva en un 81,82%. El territorio cerebral mayormente afectado entre los pacientes con ictus isquémico y fibrilación auricular fue la arteria cerebral media izquierda representando un 63,64% **Conclusiones:** En el presente estudio se concluye que la edad y la enfermedad arterial hipertensiva fueron los factores de riesgo más importantes en los pacientes con ictus isquemico y FA.

PALABRAS CLAVES: Ictus Isquémico. Fibrilación Auricular.

**ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS ISCHEMIC STROKE. ADULT
EMERGENCY. CIUDAD HOSPITALARIA DR. "ENRIQUE TEJERA".
ENERO- MAYO 2014.**

Author: María de los A. González C.
Year: 2014.

ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia and its incidence and prevalence increased in parallel to the increase of cardiovascular diseases, especially at the expense of the elderly population. The complications are well documented, such as arrhythmia, which is the most frequent cause of stroke causing ischemic stroke in some cases brain and especially if you add many other risk factors that can ride each patient. **Objective:** Characterization of patients with ischemic stroke and atrial fibrillation treated in the Adult Emergency City Hospital" Dr. Enrique Tejera" in the period between January and May 2014. **Methods:** Research observational, descriptive and transversal; where factors related to cases of ischemic stroke with AF were characterized. **Results:** Of the 40 patients with ischemic stroke admitted to the City Hospital emergency "Dr. Enrique Tejera" in the period described above, 22 patients were in atrial fibrillation, of which an average age of 62.6 years \pm 3.09 was recorded, most frequent were those with 60 or more years representing 63.64 % As for sex was more frequent male with 63.64%. With regard to risk factors, must be among the most frequently studied patients were hypertensive arterial disease representing 81.82%. The most affected among patients with ischemic stroke and atrial fibrillation cerebral territory was left middle cerebral artery representing 63.64% **Conclusion:** In the present study it is concluded that age and hypertensive arterial disease fuerón the most important risk factors in patients with ischemic stroke and AF.

KEY WORDS: Ischemic Stroke. Atrial Fibrillation.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular isquémica se define como la deficiencia neurológica repentina atribuible a una reducción del flujo sanguíneo cerebral durante unos cuantos segundos, comprendiendo uno de los trastornos más frecuentes y devastadores.¹

Por otro lado la Fibrilación Auricular (FA) como trastorno del ritmo cardiaco más frecuente, puede sobrevenir de forma paroxística o hacerse persistente en pacientes con alguna afectación cardiovascular, pulmonar, metabólica, entre otras; cualquiera que sea el caso puede desencadenar embolia hasta la circulación cerebral desencadenando un déficit neurológico agudo (DNA) que se le llama cardioembólico. Es así como se relacionan ambas patologías causa- efecto, lo que lleva a la inquietud de estudiar el número de ingresos (pacientes) con ambos en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (CHET).

La FA es la arritmia cardiaca más frecuente y su incidencia y prevalencia aumentan en paralelo al incremento de las enfermedades cardiovasculares, especialmente a expensas de la población de edad avanzada.² Están bien documentadas las complicaciones de este tipo de arritmia como es el caso más frecuente de embolia cerebral causando en algunos casos ictus isquémicos cerebrales y sobre todo si se suma a otros muchos factores de riesgo que pueden cabalgar en cada uno de los pacientes. En Estados Unidos este tipo de trastorno provoca alrededor de 200.000 fallecimientos al año y es una de las causas más importantes de discapacidad en el humano, tal como lo demuestran algunos estudios internacionales y nacionales que se mencionarán más adelante.¹

De igual forma, el ictus es la complicación más devastadora de los pacientes con FA ya que se asocia a un estado protrombótico que

incrementa el riesgo de ictus con respecto a la población general ajustada por edad. El ictus cardioembólico es el tipo más frecuente, el que representa mayor tasa de recurrencia y el que tiene la supervivencia más baja. Además, es el tipo de ictus con mayor repercusión clínica al ingreso y menor recuperación durante su estancia hospitalaria. Asimismo, presenta una estancia hospitalaria más prolongada, mayor tasa de complicaciones hospitalarias y una mortalidad mayor respecto al ictus no cardioembólico. El ictus cardioembólico se asocia a ictus más graves, más incapacitantes y con mayor recurrencia, mortalidad y coste económico.²

La FA es la arritmia más frecuente en pacientes con HTA. Por otro lado, la HTA constituye el factor de riesgo cardiovascular más importante relacionado con la aparición de FA no reumática.³ La prevalencia de FA señaló el 12% en los mayores de 70 años en comparación con el 5% entre los 60 y 70 años. A cualquier edad, la incidencia de FA es de 1,5 veces mayor en el hombre que en la mujer.²

Existen factores asociados en forma independiente con el desarrollo de esta arritmia: la edad, el sexo, la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad reumática. En vista de la gran variedad de sintomatología que puede afectar a una población dada, incluso limitando su vida, es que tiene importancia el conocimiento de cada uno de los problemas que pueden cabalgarse en un mismo paciente ya sea de origen cardiovascular como de otros sistemas, empeorando el pronóstico de cada uno de manera individual a medida que se suman patologías. Por lo que se plantea como interrogante generatriz del presente trabajo de investigación: ¿Qué características clínicas y epidemiológicas presentaron los pacientes con Ictus Isquémico y Fibrilación Auricular?

Para darle respuesta a tal interrogante se estableció como objetivo general de esta investigación, el siguiente: Caracterizar a los pacientes con ictus isquémico y Fibrilación Auricular atendidos en la Emergencia de adultos

de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período comprendido entre Enero– Mayo 2014.

Por lo cual se establecieron como objetivos específicos:

- 1.- Distribuir según edad y sexo los pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico.
- 2.-Describir los factores de riesgo presentes en los pacientes con ictus isquémico de etiología cardioembólica.
- 3.-Describir la etiología de la fibrilación auricular en los pacientes con ictus isquémico.
- 4.-Identificar el territorio cerebral mayormente afectado de los pacientes con ictus isquémico secundario a fibrilación auricular.

Antecedentes

Entre los trabajos de investigación que sustentan el objeto de estudio abordado, se encuentra el realizado en el año 2008 por el departamento de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pamplona, donde se concluyó que el ictus isquémico cardioembólico representa un 30% de la totalidad de los ictus isquémicos más frecuente en pacientes ancianos.⁴

Asimismo, un estudio publicado en España en el año 2010, se refiere a la Fibrilación Auricular (FA) como una verdadera epidemia mundial, debido a que es la enfermedad causal más importante del ictus cardioembólico, incrementando el riesgo 4 a 5 veces siendo independiente del tipo basal de la FA (de novo, paroxística, persistente o permanente).⁵ De la misma forma un estudio realizado por J. Díaz Guzmán y publicado en el año 2012 constata que la tasa de recurrencia del ictus isquémico cardioembólico es aproximadamente de 12% a los 3 meses, más elevada que la de los ictus no cardioembólicos. La gravedad y discapacidad resultantes del ictus cardioembólico son importantes, mayores que las del no cardioembólico.⁶

En Venezuela, sin ir muy lejos en nuestro centro hospitalario se realizó un estudio en el año 2013 acerca de las alteraciones electrocardiográficas en

pacientes con ictus isquémico, donde la Fibrilación Auricular representó el 12,5% de las alteraciones en pacientes con ictus isquémico.⁷

Bases teóricas.

La FA es no proveniente del nódulo sinusal, está caracterizada por ausencia de onda P y aparición de complejo QRS cuya distancia entre uno y otro es diferente en el electrocardiograma. En la génesis de la FA intervienen factores múltiples de carácter anatómico y funcional que condicionan la aparición de las anormalidades electrofisiológicas que favorecen la instalación y/o la perpetuación de la arritmia. Diversas cardiopatías que comprometen de manera directa o indirecta al miocardio auricular y la propia FA producen anormalidades estructurales, como fibrosis intersticial parcelar y yuxtaposición de fibras auriculares normales y dañadas, que podrían explicar este tipo de arritmia. También influye la infiltración grasa y fibrosis a nivel del nódulo sinusal, como una reacción a procesos inflamatorios o degenerativos de detección difícil.⁸

La edad, por si sola, determina cambios estructurales de las fibras auriculares que conforman el sustrato de la FA. La hipertrofia y la dilatación auricular pueden ser la causa o la consecuencia de la FA persistente. La participación de anormalidades inmunoreguladoras en pacientes predispuestos genéticamente se sugirió por el hallazgo de niveles séricos elevados de anticuerpos antimiosina de cadena pesada en casos de FA paroxística sin cardiopatía estructural.⁸

Los mecanismos electrofisiológicos básicos de la FA son la reentrada y las descargas rápidas de focos auriculares ectópicos. La hipótesis de las reentradas múltiples propone que el fraccionamiento de los frentes de ondas reentrantes genera ondas reentrantes “hijas” que se autoperpetúan. Otros factores que intervienen en la inducción o el mantenimiento de la FA son las extrasístoles auriculares y otras taquiarritmias supraventriculares que pueden transformarse en FA, la actividad del sistema nervioso autónomo, la isquemia, la elongación de las fibras, la conducción anisotrópica auricular y,

como ya se mencionó, los cambios estructurales causados por el envejecimiento. La hiperactividad simpática (por ejercicio, emociones, estrés quirúrgico o administración de catecolaminas exógenas) también interviene en la génesis de la arritmia.⁸

La FA puede ser sintomática o asintomática, aun en el mismo sujeto. Los síntomas varían con la respuesta ventricular, el estatus clínico, la duración de la FA y la percepción individual del paciente. La mayoría de los individuos refieren palpitaciones, mientras que el dolor de pecho, la disnea, los mareos o el síncope dependen de la patología subyacente. La embolia, la exacerbación o la aparición de la insuficiencia cardíaca pueden ser la primera manifestación de la arritmia. El riesgo de ACV y de embolias periféricas es mayor en pacientes con FA no anticoagulados. En pacientes con cardiopatías estructurales e insuficiencia cardíaca, el volumen minuto cae como resultado de la pérdida de la secuencia de contracción auricular y ventricular y del acortamiento de la diástole ventricular.⁸

La FA como toda entidad patológica trae consigo complicaciones entre las que se señalan; la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en el 15% al 50% de los que presentan taquiarritmias auriculares y/o FA paroxística en el ECG de Holter. La mayoría de los episodios son asintomáticos, pero cuando son sostenidos y/o con frecuencias ventriculares elevadas pueden causar tromboembolia sistémica o una reducción crítica del volumen minuto cardíaco, con presíncope o síncope.⁹

Por otro lado la FA en el infarto agudo de miocardio influye gracias a que la frecuencia ventricular elevada y la pérdida de la sístole auricular pueden determinar una caída acentuada del volumen minuto cardíaco con deterioro hemodinámico e incrementar la isquemia miocárdica. Ambas situaciones obligan a la cardioversión eléctrica inmediata. En la FA bien tolerada, la amiodarona puede reducir significativamente la respuesta ventricular con la ventaja adicional de la reversión de la arritmia en un número importante de los casos.¹⁰

Por todo lo descrito anteriormente y la alta cantidad de personas que acuden a la emergencia de la CHET con diversidad de patologías, se deduce la importancia de conocer datos epidemiológicos, patobiográficos, fisiopatológicos y causales de la arritmia cardiaca como generatriz el déficit neurológico agudo que conlleva a la discapacidad humana y así el bajo nivel en calidad de vida, a veces sin discriminación de edades y sexos, y si bien son 2 sistemas distanciados y con funciones diferentes, es donde cobra interés la información referente a estos cuadros sintomáticos floridos, con el fin que en el futuro ayude a solucionar el problema, planteando recomendaciones acertadas, medidas preventivas y tratamiento adherente que lleven solo a evitar complicaciones a causa de desconocimiento de patologías para así garantizar mejor calidad y esperanza de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo Observacional, descriptivo y transversal; donde se caracterizaron factores relacionados con los casos de ictus isquémico cardioembólico con Fibrilación Auricular, identificando a los pacientes desde la edad, sexo, factores de riesgo asociados, área cerebral mayormente afectada.

La población estuvo definida por todos aquellos pacientes que ingresaron a la Emergencia de Adultos de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" con diagnóstico de ictus isquémico durante el período comprendido entre Enero 2014 a Mayo de 2014 que permanecieron hospitalizados en la misma. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada y de voluntarios constituida por todos aquellos pacientes que presentaron ictus isquémico secundario a Fibrilación Auricular durante el período de tiempo antes descrito, que accedieron él o sus familiares de forma voluntaria a participar en la investigación (Ver anexo A) y que poseían estudio de imagen como tomografía axial computarizada (TAC). Quedaron excluidos aquellos pacientes con diagnóstico de ictus hemorrágico y aquellos que no contaran con neuroimagen (TAC).

Como técnica fundamental para la recopilación de la información se utilizó la observación directa, para la valoración de los pacientes que cumplan con el criterio único e inclusión, tomando de ellos datos referentes a la edad, sexo, y otros pertinentes. Así como también, la presencia de los factores de riesgo asociados, de la misma manera la etiología de dicha fibrilación auricular. El área cerebral afectada se registró mediante visualización de estudio de imagen específicamente tomografía axial computarizada de cráneo como paraclínico de entrada.

Como instrumento se utilizó una ficha de registro diseñada por la propia investigadora. (Ver anexo B).

Para el análisis estadístico de los datos se sistematizó la base de datos en Microsoft [®] Excel, para luego a partir del procesador estadístico Statgraphics Plus 5.1 analizar los datos con las técnicas de la Estadística descriptiva univariada a partir de tablas de distribuciones de frecuencias directas y de contingencia. A la variable edad se le calculó media \pm error típico, variabilidad promedio, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación.

RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes con ictus isquémico en el periodo comprendido entre enero y mayo del año 2014 de los cuales sólo 22 pacientes presentaron ictus isquémico y fibrilación auricular, representando un 55% de prevalencia.

De los 22 pacientes con presencia de ictus isquémico y fibrilación auricular se registró una edad promedio de 62,60 años \pm 3,09, con una variabilidad promedio de 14,49 años, una edad mínima de 30 años, una máxima de 86 años y un coeficiente de variación 23% (serie homogénea entre sus datos).

Según los intervalos de edad propuestos en la distribución, fueron más frecuentes aquellos pacientes con 60 o más años representando un 63,64% (14 casos) seguidos de aquellos con 50 y 59 años (18,18%= 4 casos). En cuanto al sexo fue más frecuente el masculino con un 63,64% (14 casos).

En lo que respecta a los factores de riesgo, se tiene que entre los pacientes estudiados los más frecuentes fueron la enfermedad arterial hipertensiva representando un 81,82% (18 casos), seguida del sobrepeso representando un 72,73% de los pacientes en estudio (16 casos) y en tercer lugar la diabetes mellitus (54,55%= 12 casos)

La etiología de la fibrilación auricular más frecuente fue la Enfermedad arterial hipertensiva representado un 45,45% de la muestra de pacientes estudiados (22 casos). La segunda etiología más frecuente fue la insuficiencia cardiaca representando un 18,18% (4 casos).

El territorio cerebral mayormente afectado entre los pacientes con ictus isquémico y fibrilación auricular fue la arteria cerebral media izquierda representando un 63,64% de la muestra estudiada (14 casos). El segundo

territorio cerebral más afectado fue la arteria cerebral media derecha representando un 36,36% (8 casos).

DISCUSIÓN

De los 40 pacientes con ictus isquémico que ingresaron en el periodo comprendido entre Enero y Mayo del año 2014, el 55% presentaron fibrilación auricular, difiriendo de Miguel Ramos en su revisión sobre el accidente cerebrovascular de origen cardioembólico que reporta ser el 30%.¹¹

De los 22 pacientes con presencia de ictus isquémico y fibrilación auricular se registró una edad promedio de 62,60 años \pm 3,09. Según los intervalos de edad propuestos en la distribución, fueron más frecuentes aquellos pacientes con 60 o más años representando un 63,64% (14 casos) seguidos de aquellos con 50 y 59 años (18,18%= 4 casos), contrastando con lo que dice Vivanco en su estudio en la Unidad de Ictus donde la totalidad de los pacientes (33 casos) con ictus que presentaron FA tenían más de 70 años.¹²

En cuanto al sexo fue más frecuente el masculino con un 63,64% (14 casos), a diferencia de Terroba en su estudio sobre los beneficios de la anticoagulación oral en pacientes con ictus cardioembólico por fibrilación auricular donde predominó el sexo femenino en un 54,8%.¹³

En lo que respecta a los factores de riesgo y la etiología, se tiene que entre los pacientes estudiados los más frecuentes fueron la enfermedad arterial hipertensiva un 81,82%= 18 casos y 45,45%= 22 casos respectivamente. Al igual que lo dice el estudio de la monitorización cardiaca en la unidad de ictus, donde prevaleció la HTA como factor de riesgo asociado.¹² Seguido del sobrepeso (72,73%= 16 casos) como factor de riesgo, coincidiendo con los resultados del estudio OFRECE donde consideran un 47,8% de relación entre la obesidad y la fibrilación auricular.¹⁴

El territorio cerebral mayormente afectado entre los pacientes con ictus isquémico y fibrilación auricular fue la arteria cerebral media izquierda representando un 63,64% de la muestra estudiada (14 casos), como lo describe Castilla- Guerra en su actualización de Ictus Cardioembolico en Sevilla- España; que las localizaciones más frecuentes de embolia son los troncos superior e inferior de la arteria cerebral media, como consecuencia del elevado flujo sanguíneo de este territorio arterial y la facilidad de acceso a estos vasos, ya que los émbolos tienen tendencia a enclavarse en las bifurcaciones arteriales y en las zonas donde se reduce el diámetro de la luz. La embolización de la arteria cerebral anterior es poco frecuente. Entre un 10–20% de los émbolos de origen cardíaco se localizan en el sistema vertebrobasilar.¹⁵

CONCLUSIONES

Debido a los factores clínicos, epidemiológicos y patobiográficos de los pacientes con ictus isquémico y FA que repercuten en la supervivencia y en la calidad de vida de los seres humanos reduciendo así la esperanza de vida de cada uno de estos a medida que aumenta la edad, cobra importancia conocer la probabilidad de cada una de las variables en estudio. Así tenemos que la edad promedio de aparición de ictus isquémico y fibrilación auricular en los pacientes que ingresaron en la emergencia de la CHET en el periodo de tiempo Enero- Mayo 2014 fue en su mayoría mayores de 60 años, al igual que el sexo masculino predominó en un 63,6%.

Es relevante saber esto en vista de la capacidad para poner en práctica estrategias acertadas para detener el daño consecuente de todo paciente que tenga factores de riesgo para desarrollar dichas patologías en cuestión en el presente trabajo, por lo que aquí predominó en un 81,82% la Enfermedad Arterial Hipertensiva como factor de riesgo predominante en los pacientes en estudio, seguido del sobre peso en un 72,73% y la Diabetes Mellitus en 54,55%, lo que representa una verdadera alarma ya que son entidades clínicas sumamente frecuentes en el mundo y sobre todo en nuestro país.

Si bien es cierto la enfermedad cerebrovascular isquémica se puede dividir según el territorio cerebral y por consiguiente el vaso afectado, como: ictus de la circulación anterior y de la circulación posterior. A su vez los de la circulación anterior comprenden la arteria cerebral media derecha o izquierda, siendo esta última la afectada en mayor proporción 63,64%.

RECOMENDACIONES

Ya conocida la incidencia del ictus cardioembólico es necesario plantear recomendaciones que ayuden a solucionar o mejorar la directa relación que existe entre los factores de riesgo y la aparición de ictus isquémico secundario a uno de los más frecuentes trastornos del ritmo como lo es la fibrilación auricular. Sabiendo esto nos queda comenzar desde el principio promoviendo cambios en el estilo de vida como lo es mantener una dieta baja en sodio y carbohidratos, realización de ejercicio aeróbico constante, todo esto con la finalidad de mantener un índice de masa corporal y peso adecuado ya que es uno de los predisponentes directos de fibrilación auricular y de hipertensión arterial.

De la misma manera es necesaria la indicación del tratamiento anticoagulante una vez que se instaura la fibrilación auricular tal como lo avalan varios estudios y teniendo en cuenta los factores de riesgo de sangrado de cada paciente individual, con el propósito de prevenir un ataque isquémico consecuente al estado procoagulante ya descrito de la fibrilación auricular y por ende embolo al sistema nervioso.

Así mismo se debe favorecer la adherencia al tratamiento de los pacientes que ya estén diagnosticados con algunos de los factores de riesgo de ictus cardioembólico como por ejemplo hipertensión arterial con el fin de mantener cifras tensionales óptimas para el buen control y evitar cambios vasculares que conlleven a ataques isquémicos posteriores.

Por todo lo anterior se exhorta a continuar la línea de investigación sabiendo que la Fibrilación Auricular está directamente relacionada con la aparición de ictus isquémico y definirlo tanto como factor de riesgo como pronóstico del mismo ya que es bastante frecuente ambas entidades tanto a

nivel mundial como en nuestro país y específicamente en nuestro sitio de trabajo la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16° edición. Kasper D, Braunwald E, editores. McGraw-Hill Interamericana. 2006. Enfermedades Cerebrovasculares pag. 2609- 2612
2. Wang TJ, Massaro JM, Levy D, Vasan RS, Wolf PA, D'Agostino RB, et al. A risk score for predicting stroke or death in individuals with new-onset atrial fibrillation in the community: the Framingham Heart Study. JAMA 2003;290:1049-56.
3. F. J. Candel, M. Matesanz y F. Cogolludo, Prevalencia de fibrilación auricular y factores relacionados en una población del centro de Madrid, 2004. En scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992004001000003&script
4. P. Irimia, D. Lázaro, F. Zubiri, E. Martínez-Vila. Ictus cardioembólico, Cardioembolic stroke. Departamento de Neurología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. Centro de Salud de Iturrama. 2008. En <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/suple15.html> [citado en abril de 2013]
5. A. Gil Núñez, H.G.U. Gregorio Marañón. Avances en la prevención de la isquemia cerebral por fibrilación auricular. Neurología. 2010;25(7):401—408. En <http://www.elsevier.es> [citado en Mayo de 2013]
6. J. Díaz Guzmán. Ictus cardioembólico: epidemiología. Neurología. 2012;27(Supl 1):4-9. En <http://http://zl.elsevier.es> [citado en Junio de 2013].
7. S. Diaz. Alteraciones electrocardiográficas al ingreso y a las 72 horas de evolución en pacientes con diagnóstico imagenológico de ictus isquémico ingresados a la emergencia de adultos de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), periodo Febrero 2013- Abril 2013. Valencia.
8. Marcelo V.I. Consenso de Fibrilación Auricular. REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA / VOL 73 Nº 6 / NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2005. En <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v73n6/v73n6a14.pdf> [citado en Julio de 2013]
9. Anatomía y fisiología de los sistemas respiratorio, cardiovascular y nervioso. American Heart Association. 2006. En http://medicina.uas.edu.mx/CIESVUAS/pdf/MANUALES/1_BLS_MANUAL_DEL_ESTUDIANTE.pdf [citado en Mayo de 2013]
10. García Acuña JM, González-Juanatey JR, Alegría E, González-Maqueda I, Llisterri JL. LA FIBRILACIÓN AURICULAR

PERMANENTE EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ESPAÑA. ESTUDIO CARDIOTENS'1999. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 943-952. En <http://www.secardiologia.es/secciones/riesgo-vascular-y-rehabilitacion-cardiaca/actividad-cientifica/4722-estudio-cardiotens-99#3> [citado en febrero 2013]

11. Miguel HR, Silvestre DS, Hernan AP, Santiago AP. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE ORIGEN CARDIOEMBOLICO: REVISION. 2001. Pág: 24-25.
http://med.unne.edu.ar/revista/revista103/acv_cardioembolico.html
12. Rosa VH, Ana RC, Angel OS, Elisa CG, Claustre PS, Jaime R. Monitorización cardiaca en la unidad de ictus: importancia del diagnóstico de fibrilación auricular en el ictus isquémico agudo. 2009. En
<http://www.redheracles.net/media/upload/research/pdf/194060711321522522.pdf>
13. Cinthia TC, Claudio ES. Beneficios de la anticoagulación oral en pacientes con ictus cardioembolico por Fibrilacion Auricular valvular. 2013. Pag: 158–163
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1853002813000360>
14. J.J Gomez- Doblaz, J. Muñis. Prevalencia de Fibrilacion Auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. 2014; 259- 269
15. L. Castilla- Guerra. M.C Fernandez Moreno. J. Alvarez Suero. Ictus Cardioembolico. Cardioembolic Stroke. 2010; Pag: 127-32.
<http://www.revclinesp.es/en/ictuscardioembolico/articulo/S0014256509000745/>
16. E. Díez Tejedor. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Sociedad Española de Neurología. 2007. En
http://www.ictussen.org/files3/23145_GuiaSen_32.pdf [citado en junio de 2013]
17. M. Bravo Amaro. Fibrilación auricular en urgencias de Atención Primaria. Año 2011. En
http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol_2/abcde_3_vol18_n2.pdf [citado en Julio de 2013]
18. Javier G-S, José Ramón G-J. EPIDEMIOLOGIA DE LA FIBRILACION AURICULAR Y COMORBILIDADES ASOCIADAS. Rev Esp Cardiol Supl. 2012; 12(B): 3-1
19. Mario T, Tamayo. El proceso de la Investigación Científica. 4ta ed. Limusa; 2007.

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Yo; _____ portador(a) de la Cédula de Identidad _____, por medio de la presente hago saber que una vez conocidos los fines de la Investigación denominada: **FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO. EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO 2014- ABRIL 2014.** Realizada por la **Dra. María González C.I. 18.297.792**, para optar al título de Especialista en Medicina Interna, acepto a formar parte de dicha investigación, como parte de la muestra en estudio, siempre y cuando se guarde la debida discreción en cuanto a los datos recopilados.

Nombre y apellido

C.I.

Paciente

Dra. María González

C.I. 18.297.792

Investigadora

Nombre y apellido

C.I.

Testigo

ANEXO B



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Postgrado de Medicina Interna.
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Sexo

Masculino ____ Femenino ____

Edad

30- 39 años ____ 40- 49 años ____

50-59 años ____ >60años ____

Factores de riesgo:

Diabetes Mellitus ____ Enfermedad Arterial Hipertensiva ____

Sobrepeso ____ Tabaquismo ____ Alcoholismo ____

Otros ____

Etiología.

Cardiopatía chagastica ____ Insuficiencia cardiaca ____ Valvulopatía ____.

Enfermedad Arterial Hipertensiva ____ Cardiopatía isquémica ____

Otras Arritmias ____

Territorio Cerebral

Hemisferio derecho ____ Hemisferio Izquierdo ____

TABLA N° 1
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y
FIBRILACION AURICULAR POR EDAD Y SEXO. EMERGENCIA DE
ADULTOS CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" ENERO –
MAYO DE 2014.

EDAD (años)	F	%
30 – 39	2	9,09
40 – 49	2	9,09
50 – 59	4	18,18
≥ 60	14	63,64
SEXO	F	%
Femenino	8	36,36
Masculino	14	63,64
Total	22	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (González; 2014)

TABLA N° 2
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y
FIBRILACION AURICULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS CIUDAD
HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" ENERO – MAYO DE 2014.

Factores de riesgo	f	%*
Enfermedad Arterial Hipertensiva	18	81,82
Sobrepeso	16	72,73
Diabetes Mellitus	12	54,55
Tabaquismo	10	45,45
Alcoholismo	7	31,82

Fuente: Datos propios de la Investigación (González; 2014)

*Porcentajes calculados a partir del total de la muestra en estudio (n=22).

TABLA N° 3
DISTRIBUCION SEGÚN LA ETIOLOGÍA DEL ICTUS ISQUÉMICO Y
FIBRILACIÓN AURICULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" ENERO – MAYO DE 2014.

Fibrilación Auricular	Presente	
	F	%
Etiología		
Enfermedad arterial hipertensiva	10	45,45
Insuficiencia Cardíaca	4	18,18
Cardiopatía Isquémica	3	13,64
Cardiopatía chagásica	3	13,64
Valvulopatía	1	4,55
Síndrome antifosfolípídico	1	4,55
Total	22	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (González; 2014)

TABLA N° 4
DISTRIBUCION DE ACUERDO A TERRITORIO CEREBRAL AFECTADO
DE LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y FIBRILACIÓN
AURICULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" ENERO – MAYO DE 2014.

Territorio Cerebral	f	%
Arteria cerebral media izquierda	14	63,64
Arteria cerebral media derecha	8	36,36
Total	22	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (González; 2014)