
Multimed 2025; 29: e3254

Artículo original

Caracterización clínica-epidemiológica de la fibrilación auricular en servicio de emergencias. Hospital Celia Sánchez Manduley. 2019-2021

Clinical-epidemiological characterization of atrial fibrillation in the emergency department of Celia Sanchez Manduley Hospital from 2019 to 2021

Caracterização clínico-epidemiológica da fibrilação atrial no serviço de emergência. Hospital Celia Sánchez Manduley. 2019–2021

Leandro Adrián Berro Rosales ^I  <https://orcid.org/0009-0003-2041-2125>

José Grabiél Correa Rodríguez ^{II} *  <https://orcid.org/0009-0000-8249-7441>

Manuel de Jesús Mesa Quesada ^{II}  <https://orcid.org/0009-0007-5060-5680>

Dayana Naranjo Sosa ^I  <https://orcid.org/0009-0005-8561-5104>

^IUniversidad de Ciencias Médicas de Granma Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: josegrabiellcorrearodriguez@gmail.com

RESUMEN

La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente a nivel global, con una incidencia creciente que la consolida como un problema prioritario de salud. Su manejo en los servicios de emergencias es crucial, ya que las decisiones tomadas en la fase aguda determinan el pronóstico inmediato y la necesidad de hospitalización. Con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con fibrilación



Esta obra de Multimed se encuentra bajo una licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

auricular atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Celia Sánchez Manduley durante el periodo 2019-2021, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular. La información se recolectó de las historias clínicas y se procesó mediante estadística descriptiva. Se obtuvo una distribución equitativa por sexos. El grupo etario de 18-44 años fue el más representado. Predominó la forma paroxística. La combinación de varias comorbilidades fue el hallazgo más relevante, seguida de la hipertensión arterial como comorbilidad aislada. El síntoma principal fue el dolor precordial. La mayoría no presentó complicaciones inmediatas y más de la mitad fueron manejados ambulatoriamente. La conversión a ritmo sinusal se logró en 66 pacientes (82,5 %), en los que predominó la cardioversión eléctrica sobre la farmacológica. Se concluyó que el perfil del paciente con fibrilación auricular en urgencias es de mediana edad, con alta carga de comorbilidades y una presentación sintomática que prioriza el dolor torácico.

Palabras clave: Cardioversión; Comorbilidad; Dolor precordial; Epidemiología; Fibrilación auricular; Servicio de urgencia en hospital.

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most common sustained arrhythmia worldwide, with an increasing incidence that has consolidated it as a major public health concern. Its management in emergency departments is critical, as decisions made during the acute phase determine immediate prognosis and the need for hospitalization. To clinically and epidemiologically characterize patients with atrial fibrillation treated in the Emergency Department of Celia Sánchez Manduley Hospital during the period 2019–2021, an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 80 patients diagnosed with atrial fibrillation. Data were collected from medical records and processed through descriptive statistics. An equal distribution by sex was found. The age group 18–44 years was the most represented. The paroxysmal form predominated. The most relevant finding was the presence of



multiple comorbidities, followed by arterialhypertension as an isolated comorbidity. The main symptom was precordialpain. Most patients did not present immediate complications, and more thanhalf were managed on an outpatient basis. Conversion to sinus rhythm wasachieved in 66 patients (82.5%), with electrical cardioversionpredominating over pharmacological cardioversion. It was concluded that theprofile of patients with atrial fibrillation in emergency settingscorresponds to middle-aged individuals with a high comorbidity burden and asymptomatic presentation in which chest pain is predominant.

Keywords: Cardioversion; Comorbidity; Precordial pain; Epidemiology; Atrialfibrillation; Hospital emergency service.

RESUMO

A fibrilação atrial é a arritmia sustentada mais frequenteem nível global,comumaincênciacrescente que a consolida como um problema prioritáriode saúde. Seu manejo nos serviços de emergência é crucial, pois as decisõe tomadas na fase aguda determinam o prognóstico imediato e a necessidade de hospitalização. Como objetivo de caracterizar clínica eepidemiologicamente os pacientes com fibrilação atrial atendidos no serviçode emergência do Hospital Celia Sánchez Manduley durante o período de 2019–2021, realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal. A amostrafoi composta por 80 pacientes com diagnóstico de fibrilação atrial. As informações for amcoletadas dos prontuários médicos e processadas por meio de estatística descritiva. Obteve-se uma distribuição equitativa entreos sexos. O grupo etário de 18–44 anos foi o mais representado. Predominoua forma paroxística. A combinação de várias comorbidades foi o achadomais relevante, seguida da hipertensão arterial como comorbidadeisolada. Osintoma principal foidor precordial. A maiorianãoa apresentou complicações imediatas e mais da metadefoi manejada ambulatorialmente. A conversão pararitmo sinusalfoialcançada em 66 pacientes (82,5%), nos quaispredominou acardioversãoelétrica sobre a farmacológica. Concluiu-se que o perfil do paciente com fibrilação atrial na emergência corresponde a



indivíduos de meia-idade, com alta carga de comorbidades e uma apresentação sintomática marcada pela dor torácica.

Palavras-chave: Cardioversão; Comorbidade; Dor precordial; Epidemiologia; Fibrilação atrial; Serviço de emergência hospitalar.

Recibido: 13/11/2025

Aprobado: 11/12/2025

Introducción

La fibrilación auricular (FA) se erige como la taquiarritmia sostenida más frecuente a nivel global, con una incidencia que continúa en ascenso como consecuencia del envejecimiento poblacional y el incremento de las enfermedades cardiovasculares, hasta el punto de ser considerada por algunos expertos como la epidemia de las próximas décadas. Existe un cierto predominio en el sexo masculino y en grupos de edad medios y se considera el consumo de tabaco como un factor de riesgo sumamente determinante.

La realidad problemática que representa esta enfermedad es abrumadora; se estima que la FA afecta aproximadamente al 1,5-2 % de la población general, cifra que se dispara al 8 % en mayores de 80 años, y se prevé que el número de pacientes se duplique en los próximos 35 años.⁽¹⁻⁴⁾ Esta condición no solo conlleva un elevado número de hospitalizaciones, al representar cerca del 33 % de los ingresos por arritmias, sino que también incrementa cinco veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), triplica el de insuficiencia cardíaca y duplica el de demencia y muerte, lo que genera una carga sustancial para los sistemas de salud.^(1,5-7)

A nivel fisiopatológico, la FA es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por una activación auricular desorganizada y la pérdida de la contracción auricular efectiva.



Su manejo clínico es complejo y debe contemplar objetivos como el control de la frecuencia cardíaca, el control del ritmo cardíaco (cuando sea posible) y, de manera crucial, la prevención de complicaciones tromboembólicas mediante la anticoagulación. ^(2,8,9)

La literatura científica acerca de la FA reporta un arsenal terapéutico que incluye desde la cardioversión farmacológica –como la amiodarona y la propafenona que han sido los fármacos más utilizados– hasta la cardioversión eléctrica (CVE) en casos de inestabilidad hemodinámica, y procedimientos de mayor complejidad como la ablación por catéteres. La estratificación del riesgo mediante escalas como CHA₂DS₂-VASc es fundamental para guiar la terapia anticoagulante, estrategia que ha demostrado reducir significativamente el riesgo de nuevos eventos cerebrovasculares. ^(1,2,10,11)

A pesar de la abundante evidencia internacional, la caracterización epidemiológica de la FA presenta variaciones geográficas y contextos específicos que demandan su propio análisis. Estudios en diferentes entornos, ^(4,12,13) coinciden en señalar un perfil predominante masculino, con la hipertensión arterial como la comorbilidad más frecuente, seguida de la diabetes mellitus y el tabaquismo. Las manifestaciones clínicas más comunes suelen ser las palpitaciones y la disnea. ^(9,12) De igual forma, existe un vacío de conocimiento específico en cuanto a la caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes que acuden con esta arritmia a los servicios de urgencias del Hospital Celia Sánchez Manduley.

La realidad del sistema de salud cubano, con la reorganización de sus servicios de urgencias y la creación de terapias intensivas municipales, añade una capa de particularidad que merece ser investigada. Es imperativo contar con datos locales actualizados que reflejen la carga de la enfermedad, los factores de riesgo prevalentes, las estrategias terapéuticas aplicadas y los desenlaces en este escenario específico.

Este vacío es especialmente relevante si se considera que los servicios de urgencias hospitalarios son una puerta de entrada crítica para estos pacientes, donde se toman decisiones de manejo agudo que pueden ser determinantes para su pronóstico a largo plazo. ^(6,14) Por ello, el propósito de este estudio es caracterizar clínica y



epidemiológicamente a los pacientes con fibrilación auricular atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Celia Sánchez Manduley durante el período 2019-2021.

Métodos

Tipo de estudio y selección de la muestra

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal sobre las características clínicas y epidemiológicas de la fibrilación auricular en el servicio de emergencias del Hospital Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, en el período comprendido entre los años 2019 y 2021. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes diagnosticados por fibrilación auricular en dicho hospital seleccionados por muestro consecutivo por conveniencia que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes mayor o igual que 18 años de edad, sin distinción de sexo, con diagnóstico confirmado de fibrilación auricular que acudieron al servicio de salud durante el período de estudio, así como una estadía de más de seis horas en el servicio de emergencias y que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado o familiar que autorizó.

Por otra parte, se excluyeron a pacientes con historias clínicas incompletas o con datos insuficientes para el análisis, con diagnóstico principal alusivo a otros tipos de arritmias, con discapacidad o enfermedad invalidante que le imposibilitó su participación así como pacientes embarazadas o puérperas, reclusos o que no quisieron participar en el estudio.

Variables a medir en el estudio

Se midieron datos socio-demográficos como el sexo y la edad, dividida en grupos (18-44, 45-54, 55-64, 65-74, ≥ 75 años), así como la clasificación de la fibrilación auricular (paroxística, permanente, persistente, persistente de larga duración), según las historias clínicas de los pacientes con sus antecedentes de registros de



hospitalización en urgencias y/o de consultas externas de cardiología o medicina interna que tuviesen estrictamente registros ecocardiográficos previos y notas de evolución para garantizar la confiabilidad de las clasificaciones.

Otras variables fueron las comorbilidades (hipertensión arterial, cardiopatía estructural, etc); signos y síntomas (disnea, palpitaciones, dolor precordial); complicaciones (insuficiencia cardíaca, edema agudo del pulmón); método de conversión a ritmo sinusal (farmacológica, eléctrica o sin acción); factores de riesgo y por último el destino final (ingresados, ambulatorios o fallecidos).

Recolección de la información

La información se recolectó a través de una encuesta elaborada por los propios autores del estudio, validada por un panel de especialistas en cardiología y medicina de emergencia y terapia intensiva que recogió, mediante un formulario estructurado y una hoja de recolección de datos con campos específicos, todas las variables del estudio, de forma anónima. También se recolectaron datos de las historias clínicas de los pacientes. Se emplearon métodos de niveles empíricos y teóricos generales; métodos analítico-sintético, histórico-lógico, inductivo-deductivo, matemático-estadístico y de estadística descriptiva. Los datos fueron registrados manualmente y procesados automáticamente a través del programa Microsoft Excel 2016 para Windows.

Análisis estadístico

El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %) calculados para porcentajes o para razones de prevalencias según las tablas correspondientes. La asociación entre variables categóricas como sexo y grupos de edad al igual que sexo y clasificaciones de la FA se evaluó mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fisher cuando fue apropiado, se reportó el valor de p correspondiente.

Consideraciones éticas



Los datos obtenidos a partir de las fuentes fueron tratados de acuerdo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki, en las que se garantiza el anonimato y la confidencialidad en todos los casos. A todos los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, se les explicaron las características de la investigación que se desarrolló en la institución, su objetivo principal y su libre determinación para participar.

Resultados

Según la Tabla 1 se presentó una distribución equitativa por sexo (50 % femenino, 50 % masculino). El grupo de edad más frecuente fue el de 18-44 años (25,00 %; IC 95 %: 16,6 %-35,5 %), seguido del grupo de 45-54 años (22,50 %; IC 95 %: 14,5 %-33,0 %). Destaca la proporción significativamente mayor de mujeres en el grupo de ≥ 75 años (85,71 %; razón mujeres/hombres 6:1; IC 95 %: 1,39-25,89; $p = 0,012$).

Tabla 1. Distribución por sexo y grupo de edades.

Grupo de edades	Sexo		Total n (%)	Razón Mujeres/Hombres	IC 95% (Razón de prevalencia)	χ^2 *	p-valor
	Femenino n (%)	Masculino n (%)					
18-44	7 (8,75)	13 (16,25)	20 (25,00)	0,54:1	0,25-1,16	1,80	0,180
45-54	8 (10,00)	10 (12,50)	18 (22,50)	0,80:1	0,32-2,00	0,22	0,639
55-64	7 (8,75)	7 (8,75)	14 (17,50)	1,00:1	0,35-2,84	0,00	1,000
65-74	6 (7,50)	8 (10,00)	14 (17,50)	0,75:1	0,26-2,14	0,29	0,592
≥ 75	12 (15,00)	2 (2,50)	14 (17,50)	6,00:1	1,39-25,89	5,4	0,012
Total	40 (50,00)	40 (50,00)	80 (100)				
*Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher correspondiente Edad media: $54,86 \pm 17,05$ años Mediana: 56,4 años, IC 95 %: 53,9- 60,0 años							

La Tabla 2 mostró la forma paroxística como la más frecuente (58,75 %; IC 95 %: 47,7 %-69,0 %), dentro de las clasificaciones de la fibrilación auricular, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p = 0,245$). Se observó una tendencia a mayor

frecuencia de FA permanente en mujeres (25,00 % vs 7,50 % en hombres; razón 3,33:1; $p=0,068$).

Tabla 2. Clasificación de la fibrilación auricular según sexo.

Clasificación	Sexo		Total n (%)	Razón Mujer /Hom bre	IC 95 %(Razón de prevalencia)	χ^2 *	p- valor
	Femenino n (%)	Masculino n (%)					
Paroxística	21 (52,50)	26 (65,0)	47 (58,75)	0,81:1	0,56-1,16	1,35	0,245
Permanente	10 (25,00)	3 (7,50)	13 (16,25)	3,33:1	0,97-11,45	3,31	0,068
Persistente	7 (17,50)	10 (25,00)	17 (21,25)	0,70:1	0,28-1,73	0,71	0,399
Persistente de larga duración	2 (5,00)	1 (2,50)	3 (3,75)	2:1	0,19-21,19	0,35	0,554
Total	40 (100)	40 (100)	80 (100)				
*Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher correspondiente							

El hallazgo más relevante en cuanto a las commorbilidades y los factores de riesgo mostrado en la Tabla 3 fue la alta frecuencia de comorbilidades combinadas (61,25 %; IC 95 %: 50,2 %-71,2 %). La hipertensión arterial como comorbilidad aislada fue reportada en un 17,50 % (IC 95 %: 10,5 %-27,6 %). Contrario a lo esperado, solo el 5,00 % (IC 95 %: 2,0 %-12,3 %) de los pacientes eran tabaquistas. Un 57,50 % (IC 95 %: 46,5 %-67,9 %) no presentaba factores de riesgo clásicos modificables como hipertensión arterial, diabetes mellitus o tabaquismo.

Tabla 3. Comorbilidades y factores de riesgo de los pacientes con fibrilación auricular.

Comorbilidad	Total n (%)	IC 95 %
Combinadas	49 (61,25)	50,2 %-71,2 %
Hipertensión arterial	14 (17,50)	10,5 %-27,6 %
Enfermedad cerebrovascular	6 (7,50)	3,5 %-15,6 %
Tabaquismo	4 (5,00)	2,0 %-12,3 %
Obesidad	3 (3,75)	1,3 %-10,5 %
Cardiopatía	2 (2,50)	0,7 %-8,7 %
Hipertiroidismo	2 (2,50)	0,7 %-8,7 %
Factores de riesgo		
Mas de un factor	49 (61,50)	50,2 %-71,2 %
Sexo femenino	40 (50,00)	39,1 %-60,9 %
Sin factores de riesgo	46 (57,50)	46,5 %-67,9 %
Edad 65-75 años	14 (17,50)	10,5 %-27,6 %
Hipertensión arterial	14 (17,50)	10,5 %-27,6 %
Edad >75 años	12 (15,00)	8,8 %-24,3 %
Diabetes	8 (10,00)	5,0 %-18,9 %

En la Tabla 4 se observa que dentro de los síntomas y signos más frecuentes, el principal fue el síntoma de dolor precordial (51,25 %; IC 95 %: 40,3 %-62,0 %), seguido de las palpitaciones (32,50 %; IC 95 %: 23,0 %-43,7 %). Por otro lado, la estrategia de conversión más utilizada fue la cardioversión eléctrica (43,75 %; IC 95 %: 33,1 %-55,0 %), que superó ligeramente a la farmacológica (38,75 %; IC 95 %: 28,6 %-49,9 %). Se logró conversión a ritmo sinusal en el 82,5 % de los casos.

Tabla 4. Síntomas y signos de los pacientes con fibrilación auricular, así como las estrategias de conversión a ritmo sinusal.

Síntomas y signos	Total n (%)	IC 95 %	
Dolor precordial	41 (51,25)	40,3 %-62,0 %	
Palpitaciones	26 (32,50)	23,0 %-43,7 %	
Disnea	13 (16,25)	9,8 %-25,7 %	
Conversión a ritmo sinusal			Razón Eléctrica/ Farmacológica
Eléctrica	35 (43,75)	33,1 %-55,0 %	1,13:1
Farmacológica	31 (38,75)	28,6 %-49,9 %	1:1
Sin acción	14 (17,50)	10,6 %-27,5 %	0,45:1

Por últimos, según los datos mostrados en la Tabla 5, la mayoría de los pacientes no presentó complicaciones inmediatas (66,25 %; IC 95 %: 55,2 %-75,8 %). La complicación más frecuente fue el edema agudo de pulmón (20,00 %; IC 95 %: 12,5 %-30,5 %). Más de la mitad de los pacientes fueron manejados de forma ambulatoria (56,25 %; IC 95 %: 45,2 %-66,8 %). La mortalidad intrahospitalaria fue baja (2,50 %; IC 95 %: 0,7 %-8,7 %).

Tabla 5. Principales complicaciones y destino final de los pacientes.

Complicaciones	Total n (%)	IC 95 %		
Sin complicaciones	53 (66,25)	55,2 %-75,8 %		
Edema pulmonar	16 (20,00)	12,5 %-30,5 %		
Insuficiencia cardíaca	7 (8,75)	4,3 %-17,2 %		
Enfermedad cerebrovascular	3 (3,75)	1,3 %-10,5 %		
Shock cardiogénico	1 (1,25)	0,2 %-6,7 %		
Destino final			Razón vs	Razón vs

			Fallecidos	Ambulatorios
Ambulatorios	45 (56,25)	45,2 %-66,8 %	22,5:1	1:1
Ingresados	33 (41,25)	30,1 %-52,0 %	16,5:1	0,73:1
Fallecidos	2 (2,50)	0,7 %-8,7 %	1:1	0,04:1

Discusión

La fibrilación auricular (FA) es reconocida globalmente como la taquiarritmia sostenida más frecuente, con una epidemiología que tradicionalmente ha mostrado un claro predominio en el sexo masculino. En estudios como el de Sariol González et al.,⁽¹⁾ se reporta que el 71,8% de los pacientes con FA son hombres, mientras que Solano García et al.,⁽⁴⁾ encuentran un 54,12% de predominio masculino. Incluso en investigaciones donde las mujeres representan un porcentaje mayor, como en el estudio de Coll Vinent et al.,⁽¹⁴⁾ con un 55%, se subraya que los varones suelen presentar mayor carga de comorbilidad y tasas de hospitalización. En contraste, los resultados de la presente investigación revelan una distribución equitativa entre sexos en la población atendida en el servicio de emergencias del Hospital Celia Sánchez Manduley. Esta discrepancia sugiere que, en el contexto específico estudiado, podrían operar factores locales que equiparan la incidencia, o bien, que las mujeres en esta región buscan atención médica por esta arritmia con una frecuencia similar a la de los hombres. Esta particularidad epidemiológica plantea interrogantes sobre los determinantes sociales, de acceso a la salud o de perfil de riesgo cardiovascular en la población de referencia, y señala una laguna investigativa respecto a las diferencias geográficas y culturales en la presentación de la FA.

Respecto a la distribución etaria, la literatura coincide en que la prevalencia de la FA aumenta marcadamente con la edad, duplicándose con cada década de vida a partir de los 50 años, y con una edad media que ronda los 75 años, tal como lo señalan Carcasés Lamorú et al.,⁽²⁾ y Gómez Núñez et al.,⁽³⁾ En la serie analizada, si bien se mantiene una representación importante de los grupos de mayor edad, destaca que el grupo de 18-44 años constituye una cuarta parte de la muestra. Esto indica que, en el medio



estudiado, la FA no es una patología exclusiva del adulto mayor, sino que afecta de manera significativa a adultos jóvenes y de mediana edad. Este resultado podría reflejar una mayor detección en servicios de urgencias, una alta prevalencia de factores de riesgo en edades tempranas en la población, o características genéticas o ambientales particulares. La implicación clínica es directa: el servicio de emergencias debe estar preparado para el manejo de esta arritmia en un espectro de edad más amplio del tradicionalmente descrito.

En cuanto a la clasificación de la FA, la evidencia internacional, incluidos los trabajos de Sariol González et al.,⁽¹⁾ y Ramos García et al.,⁽⁹⁾ reporta que la forma paroxística es la más frecuente. Los resultados del estudio concuerdan con ello, pues muestran un claro predominio de esta forma. No obstante, un hallazgo diferenciador surge al analizar la distribución por sexo: mientras que en la muestra global no hubo diferencia, al desagregar se observó una tendencia a una mayor frecuencia de FA permanente en las mujeres. Esto plantea la hipótesis de que, en el entorno estudiado, la FA podría tener una historia natural o una respuesta al tratamiento diferente según el sexo. Se cuestiona si existen barreras en el acceso a estrategias de control del ritmo más agresivas para las mujeres o si su perfil de comorbilidad favorece una mayor progresión hacia formas permanentes. Esta observación abre una línea de investigación sobre las disparidades de género en el manejo y la evolución de la FA en el sistema de salud local.

El perfil de comorbilidades y factores de riesgo asociado a la FA ha sido ampliamente descrito. Estudios como los de Regal Cuesta et al.,⁽¹²⁾ y Carcasés Amorú et al.,⁽²⁾ identifican a la hipertensión arterial (HTA) como la comorbilidad cardinal a nivel global, seguida de la diabetes mellitus (DM) y el tabaquismo, mientras que Sariol González et al.,⁽¹⁾ y Regal Cuesta et al.,⁽¹²⁾ señalan al tabaquismo como un factor de riesgo sumamente determinante. Por su parte, los hallazgos del estudio muestran matices importantes. Si bien la HTA fue la comorbilidad aislada más reportada, el dato más contundente fue la alta frecuencia de pacientes con múltiples comorbilidades combinadas, lo que subraya el carácter multifactorial de la arritmia.

Por otra parte, en franco contraste con la literatura citada, el tabaquismo estuvo presente solo en un 5% de la cohorte. Esta baja prevalencia podría ser un reflejo de las características sociodemográficas específicas de la población que acude al hospital. Además, un hallazgo crucial para la salud pública fue que más de la mitad de los pacientes no presentaban factores de riesgo modificables clásicos, lo que implica que, en una proporción sustancial de casos, la aparición de la FA podría estar mayormente influenciada por la edad, el sexo, factores genéticos o condiciones no capturadas en la investigación.

La presentación clínica de la FA en los servicios de urgencias suele estar dominada por las palpitaciones y la disnea, como lo demuestran Regal Cuesta et al.,⁽¹²⁾ con un 77,8 % de palpitaciones y Ramos García et al.,⁽⁹⁾ con un 45 %. En contraste, en este estudio se encontró un patrón sintomático diferente, en el que el dolor precordial fue el síntoma principal, seguido a cierta distancia por las palpitaciones. Esta divergencia es de gran relevancia clínica y podría sugerir que, en el medio estudiado, la FA se manifiesta con frecuencia como un síndrome torácico agudo, lo que puede llevar a confusión diagnóstica con síndromes coronarios agudos. Surge así la pregunta de investigación sobre si esta alta frecuencia de dolor precordial responde a una mayor prevalencia de enfermedad coronaria coexistente no diagnosticada o si es una expresión atípica de la arritmia o de la ansiedad asociada en esta cohorte. Esta cuestión es clave para optimizar los protocolos de triaje y manejo inicial en el servicio de emergencias.

Las estrategias para la conversión a ritmo sinusal varían según los contextos y las guías. Autores como Sariol González et al.,⁽¹⁾ y Carcasés Lamorú et al.,⁽²⁾ sugieren que la cardioversión farmacológica debería ser la estrategia inicial predominante en muchos casos. En contraste, en este estudio se observó un uso ligeramente mayor de la cardioversión eléctrica frente a la farmacológica, y se logró la conversión a ritmo sinusal en una proporción muy elevada de pacientes. Esta preferencia por una estrategia más activa e intervencionista podría estar justificada por la búsqueda de una resolución más rápida en un servicio de urgencias, especialmente ante una presentación sintomática destacada como el dolor precordial.



El alto éxito de conversión y el hecho de que más de la mitad de los pacientes fueran manejados de forma ambulatoria, con una baja tasa de complicaciones graves, respaldan la efectividad y seguridad de este enfoque en el escenario analizado. Sin embargo, surge la pregunta de investigación sobre el impacto a largo plazo, específicamente si esta estrategia predominantemente eléctrica se asocia a menores tasas de recurrencia de la FA o a una mejor calidad de vida comparada con un manejo más farmacológico.

En cuanto a los resultados sobre complicaciones y destino final, estos ofrecen una perspectiva alentadora: la mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones inmediatas y pudieron ser dados de alta, un hallazgo que se alinea con lo reportado por Coll Vinent et al.,⁽¹⁴⁾ La complicación más frecuente fue el edema agudo de pulmón, que enfatiza el vínculo fisiopatológico entre la FA y la disfunción cardíaca. La baja tasa de enfermedad cerebrovascular y de mortalidad intrahospitalaria sugiere un manejo agudo efectivo y una adecuada estratificación del riesgo, aunque refuerza la necesidad imperiosa de no descuidar la evaluación para terapia anticoagulante a largo plazo.⁽¹⁵⁾

En síntesis, este estudio no solo caracteriza una población específica, sino que, al contrastar sus resultados con la literatura predominante, revela particularidades epidemiológicas, clínicas y terapéuticas que constituyen su principal aporte. Estas diferencias subrayan la existencia de lagunas investigativas importantes que incluyen la necesidad de identificar los determinantes sociales y biológicos de la distribución por sexo equitativa en la región, dilucidar las causas por las cuales el dolor precordial es la presentación predominante, y definir el perfil óptimo de paciente para la cardioversión eléctrica inicial en urgencias. El impacto de este trabajo reside en proporcionar una base de evidencia local sólida que desafía generalizaciones, informa la práctica clínica inmediata en el servicio de emergencias y traza un mapa claro para investigaciones futuras.

Por otra parte, el presente estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño transversal y descriptivo, que impiden establecer relaciones causales. La muestra,



relativamente pequeña y seleccionada por muestreo consecutivo por conveniencia en un solo centro, limita la generalizabilidad de los resultados y puede introducir sesgos de selección. La recolección retrospectiva de datos a partir de historias clínicas conlleva el riesgo de sesgo de información por registros incompletos o heterogéneos. Asimismo, la ausencia de un análisis estadístico inferencial más robusto y la potencial influencia de factores no controlados como tratamientos previos o acceso a atención especializada pueden sesgar la interpretación de los hallazgos clínicos y epidemiológicos reportados.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se concluye que el perfil del paciente con fibrilación auricular atendido en el servicio de emergencias se caracterizó por una distribución equitativa por sexos, un notable predominio de la forma paroxística y una elevada frecuencia de comorbilidades combinadas, al catalogar la hipertensión arterial como la más importante. La presentación clínica se distinguió por la preeminencia del dolor precordial, y el manejo médico demostró una alta efectividad, con una estrategia predominantemente activa de conversión a ritmo sinusal especialmente eléctrica que permitió un elevado porcentaje de resoluciones ambulatorias y una baja tasa de complicaciones graves. Como aporte principal, este estudio evidenció la capacidad resolutoria del servicio de urgencias en el manejo agudo de esta arritmia, lo cual constituye una base sólida para optimizar los protocolos locales de atención y reducir la necesidad de hospitalización sistemática.

Referencias bibliográficas

1. Sariol González PA, de la Rosa Santana JD, Verdecia Acuña F, Meriño Pompa Y, Naranjo Vázquez SY. Caracterización clínica-epidemiológica de pacientes con fibrilación



- auricular paroxística. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2024 [citado 28/10/2025]; 28(4): e6418. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v28n4/1561-3194-rpr-28-04-e6418.pdf>
2. Carcasés Lamorú SE, Rodríguez Camacho A, Lamorú Turro R, Hernández Velázquez FM. Caracterización clínica y tratamiento de pacientes con fibrilación auricular. Rev. cuban. med. Mil [Internet]. 2022 [citado 27/10/2025]; 51(4): e02201829. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v51n4/1561-3046-mil-51-04-e1829.pdf>
3. Gómez Núñez K, Hechavarría Pouymiró S, Pérez López H, Arazoza Hernández A, Nápoles Sierra I. Fibrilación Auricular post operatoria en cirugía valvular. Rev. cuba. cardiol. cir. cardiovasc [Internet]. 2020 [citado 28/10/2025]; 26(3): e933. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/933>
4. Solano García S, Alberna Cardoso A, Dornes Ramón R, Springer Toledo L, Baró Rojas M, Hernández Conde M. Características epidemiológicas y clínicas en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Mediciego [Internet]. 2021 [citado 25/10/2025]; 27(1): e1574. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1574/3694>
5. Aldama Negrete G, Medina Acuña D. Registro clínico y epidemiológico de la fibrilación auricular del postoperatorio de cirugía cardíaca durante el período de 2022 y 2023. Revista Paraguaya de Cardiología [Internet]. 2024 [citado 17/10/2025]; 1(1): 37-46. Disponible en: <https://revistacardiologia.org.py/index.php/revspc/article/view/13>
6. Cadavid Zuluaga V, Agudelo Uribe J F, Ramírez Barrera JD, Sáen Jaramillo G, Miranda Arboleda AF, Bareño Silva J. Epidemiología de la fibrilación auricular en una clínica de alta complejidad. Estudio de una cohorte retrospectiva. Rev. Colomb. Cardiol [Internet]. 2022 [citado 22/10/2025]; 29(2): 150-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v29n2/0120-5633-rcca-29-2-150.pdf>
7. Martí Cárdenas L, Cárdenas Betancourt T, Pérez Rodríguez A. Infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Predictores de fibrilación auricular de nueva aparición.

Medicentro Electrónica [Internet]. 2025 [citado 28/10/2025]; 29: e3816. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3816/3416>

8. Zubieta Rodríguez R, Gómez Valencia AM, Caro Angulo MP, Bolívar Moreno LM, Jiménez Cardozo HA. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con falla cardiaca aguda. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2024 [citado 26/10/2025]; 31(3): 143-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v31n3/0120-5633-rcca-31-3-143.pdf>

9. Ramos García LN, Salazar Rodríguez Y, García Ybañez RJ, Díaz Fundora JG, Acanda Rodríguez T. Caracterización de la fibrilación auricular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Mario Muñoz Monroy. MedEst [Internet]. 2024 [citado 24/10/2025]; 4(3): e264. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/264/359>

10. Sánchez de la Rosa AM, Franco Terrero M, Artigas Pérez R, Melo Sánchez R, Sánchez Fernández DR, Pérez García ER. Características e incidencia de la fibrilación auricular en pacientes con ictus cardioembólico. Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila [Internet]. 2020 [citado 19/10/2025]; 26(3): e1445. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1445/3619>

11. Garmendia RM, Viruel M, Rivero M, Parrilla L, Mascarello M, Bonorino J, et al. Fibrilación auricular de novo en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Datos del Registro Buenos Aires. Rev ARgent CARDiol [Internet]. 2021 [citado 12/12/2025]; 89(4): 293-300. Disponible en: <https://rac.sac.org.ar/index.php/rac/article/view/577/1735>

12. Regal Cuesta V, de la Cruz Avilés L, Hernández Cardoso A, Valladares Carvajal F, Calvo Díaz L, León Regal M. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con un primer evento de fibrilación auricular. Revista Finlay [Internet]. 2024 [citado 25/10/2025]; 14(1): 63-78. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1355>

13. Balarezo Arias FX, Anilema Cóndor RD. Características clínicas de los pacientes con Fibrilación Auricular. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca



[Internet]. 2021 [citado 19/10/2025]; 39(1): 21-28. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3462/2911%22e/view/3462/2911>

14. Coll Vinent B, Miota Hernández N, Canadell Marco N, Boixeda C, Rodríguez JJ, Alquézar-Arbé A, et al. Clínica, epidemiología, hospitalización y reconsultas en pacientes mayores con fibrilación auricular atendidos en urgencias en España (estudio EDEN-35): análisis disgregado por sexo. Emergencias [Internet]. 2025 [citado 28/10/2025]; 37: 203-14. Disponible en: <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2025/05/203-214.pdf>

15. Ríos Jaimes F, Otero González OA, Villarreal Ríos E, García Gutiérrez MC. Fibrilación auricular de primera vez en evento vascular cerebral isquémico en el servicio de urgencias. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2021 [citado 16/10/2025]; 91(4): 453-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8641461/pdf/ACM-91-453.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés financiero, personales o profesionales que puedan haber influido en la realización o interpretación de los resultados del presente estudio.

Contribución de autoría

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, administración del proyecto y supervisión: Leandro Adrián Berro Rosales, José Grabiél Correa Rodríguez.

Investigación, redacción - borrador original, borrador - revisión y edición: Leandro Adrián Berro Rosales, José Grabiél Correa Rodríguez, Manuel de Jesús Mesa Quesada, Dayana Naranjo Sosa.



