

Características de pacientes con arritmias supraventriculares atendidos en servicios de urgencias

Characteristic of patient why supraventriculares arrhythmias assisted in emergency services

Antonio Planas Muñiz^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4230-7257>

Annia Mateo Bonne² <https://orcid.org/0009-0000-1588-4791>

¹Policlínico Docente Camilo Torres Restrepo, Santiago de Cuba, Cuba.

²Policlínico del MININT. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: antonioplanasmuniz@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las arritmias integran un problema frecuente en los servicios de urgencias y los galenos de la atención primaria deben reconocer sus elementos básicos para tratar adecuadamente a los pacientes con esta afección.

Objetivo: Describir las características de pacientes con 2 tipos de arritmias supraventriculares atendidos en servicios de urgencias.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 227 pacientes adultos con diagnóstico electrocardiográfico de fibrilación auricular y taquicardia paroxística supraventricular, atendidos en el servicio de urgencias del Policlínico docente Camilo Torres Restrepo de Santiago de Cuba, en el 2021. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas.

Resultados: Primaron el sexo masculino (58,1 %), el grupo etario de 75 a 88 años (29,5 %), la fibrilación auricular (51,6 %), el estrés (72,7 %), el riesgo bajo de accidentes cerebrovasculares (52,9 %) y las maniobras vagales (97,3 %). Se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

Conclusiones: La fibrilación auricular constituye la arritmia cardíaca supraventricular más frecuente en los servicios de urgencias.

Palabras clave: arritmia cardíaca; fibrilación atrial; taquicardia; urgencias médicas.



ABSTRACT

Introduction: The arrhythmias are a frequent problem in the emergency services and the doctors of primary attention should recognize their basic elements to assist the patients appropriately with this affection.

Objective: Describe the characteristics of patients with two types of supraventricular arrhythmias assisted in emergency services

Method: A descriptive and cross sectional study was carried out on 227 adult patients with electrocardiographic, atrial fibrillation and paroxysmal supraventricular tachycardia, diagnostic treated in the emergency service of the Camilo Torres Restrepo polyclinic of Santiago de Cuba, in 2021. The data were extracted of medical records.

Results: The male sex prevailed (58.1 %); age group 75 to 88 years (29.5 %); atrial fibrillation (51.6 %); stress (72.7 %); low risk of ictus (52.9 %); vagus maneuvers (97.3 %). it was used the percentage like summary measure.

Conclusions: Atrial fibrillation is the most common supraventricular cardiac arrhythmia in emergency.

Keywords: Arrhythmias Cardiac; atrial fibrillation; tachycardia; emergency.

Recibido: 07/09/2024

Aprobado: 06/01/2025

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo y aproximadamente 15 millones de personas mueren cada año entre los 30 y los 69 años, y un 80 % de estos fallecimientos suceden en países de ingresos bajos y medios.⁽¹⁾

Entre 2025 y 2050, se proyecta un aumento en la prevalencia cardiovascular, en la mortalidad bruta y en los años de vida ajustados por discapacidad, con una expectativa de 35,6 millones de defunciones en 2050, donde se espera que la cardiopatía isquémica, hipertensiva, valvular no reumática, aneurismas aórticos, arritmias y glucosa plasmática en ayunas provocarán un aumento de la carga mundial de ECV impulsada principalmente por el envejecimiento de la población mundial.⁽²⁾



Según el informe de estadísticas de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares de la Asociación Americana del Corazón del 2025, en Estados Unidos, hubo un ligero aumento de los desenlaces fatales relacionados con el corazón.⁽³⁾

Tal como se ha visto en Europa, las ECV ocasionan 47 % del total de los fallecimientos siendo la principal causa de muerte y discapacidad.⁽⁴⁾ Estas afecciones registran un aumento cercano a 50 % en África, en las últimas 3 décadas y condicionan la carga total de enfermedades no transmisibles.⁽⁵⁾ En América del Sur, junto a otras enfermedades, representan más de 2 tercios de las defunciones y fueron la principal causa de muerte con 31,1 %.⁽⁶⁾ A su vez en América Latina y el Caribe representan 31 % del total de los fallecimientos.⁽⁴⁾

Por otro lado, en Cuba, durante el 2021 las enfermedades del corazón representaron la principal causa de muerte con 26 736 defunciones, para una tasa de 384,9 por cada 100 000 habitantes.⁽⁷⁾ La provincia de Santiago de Cuba presentó una de las tasas más elevadas con 381,2 %.⁽⁷⁾

Como se conoce las arritmias cardíacas son ECV causadas por alteraciones del automatismo (capacidad de las células del nódulo seno auricular (SA), aurículo ventricular (AV) y del sistema His - Purkinje para generar sus propios potenciales de acción sin necesidad de ser excitadas por la despolarización de la célula vecina) y, en la conducción (engloba los trastornos en que el impulso cardíaco generado en el SA no se extingue tras la activación secuencial de las aurículas y los ventrículos por la presencia de tejido excitable, recirculando y excitando 2 o más veces al corazón, denominándose reentrada del impulso cardíaco). Por tales razones, constituyen uno de los primeros motivos de consulta al cardiólogo y, según datos de la Sociedad Española de Cardiología, son la causa de más 16 % de los ingresos hospitalarios, que afectan a más de 1 % de la población general. Esta prevalencia crece progresivamente con la edad, que es el principal factor de riesgo para presentar arritmias.⁽⁸⁾

Los especialistas pronostican que la prevalencia de arritmias cardíacas se habrá multiplicado por 3 en el 2050 hasta convertirse en lo que algunos han denominado una nueva epidemia mundial. En Estados Unidos se calcula un incremento todavía más significativo de los 2 millones actuales hasta los 16 millones en el 2050.⁽⁹⁾ A su vez en la Unión Europea se prevé que en 2030 la población de pacientes con fibrilación auricular (FA) será de 14-17 millones, con nuevos diagnósticos cada año.⁽¹⁰⁾

De igual manera en Latinoamérica, existen aproximadamente 3,3 millones de personas con arritmias, de las cuales la mitad no sabe que la tiene; de la porción que la conoce, 50 % no tiene tratamiento, y la otra parte que está siendo atendida presenta un control inadecuado.⁽¹⁾



Cuba no está exenta de este fenómeno y los ingresos hospitalarios por FA se han incrementado en 66 %, debido a la senectud poblacional y al aumento de la prevalencia de cardiopatías crónicas. La FA es una de las epidemias cardiovasculares del siglo XXI y se espera que su prevalencia aumente en los años futuros en virtud del envejecimiento de la población y múltiples factores de riesgo que se han relacionado con su aparición.⁽¹⁰⁾

Es indudable la relevancia epidemiológica de la FA como el tipo de arritmia cardiaca sostenida más frecuente y factor predisponente para la generación de eventos trombóticos. Se estima que, en Europa, afecta 18 % de los mayores de 80 años, con previsiones de duplicación de su incidencia en las próximas décadas, y los últimos datos apuntan a que en mayores de 40 años su prevalencia puede ser superior a 4 %, lo que supondría la afectación de más de un millón de personas en España.^(8,9)

Ahora bien, en el mecanismo de la taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) están implicados el tejido del haz de His o superior con la participación de vías accesorias. Los pacientes con este tipo de arritmia acuden con frecuencia repetida a los servicios de urgencias, con una estimación de 50 000 visitas al año en Estados Unidos.⁽¹¹⁾

Las arritmias supraventriculares son comunes y representan un problema relevante en el servicio de urgencias y constituyen un capítulo muy importante en el conocimiento del médico que se dedica a la atención del paciente grave, por lo que se requiere conocer algunos principios básicos para su control en situaciones de premuras, lo que justifica una preparación básica de exigencia y precisión ajustada a las necesidades de cada caso. Su diagnóstico es uno de los desafíos que más inquietan a los galenos que laboran en los servicios de urgencias por la alta morbilidad y mortalidad asociadas.⁽¹²⁾

La prevalencia e incidencia de estas anomalías cardiovasculares en el área de salud citada conllevó a las personas afectadas a acudir rápidamente al centro de referencia en busca de solución inmediata. Este hecho estimuló a los autores a desarrollar esta investigación con el objetivo de describir las características de pacientes con 2 tipos de arritmias supraventriculares atendidos en urgencias, durante el 2021, para concientizar al personal médico sobre el control de protocolos de actuación en los pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular y taquicardia paroxística supraventricular.



Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 227 pacientes adultos con diagnóstico electrocardiográfico de FA y TPSV, atendidos en el Servicio de Urgencias del Policlínico docente Camilo Torres Restrepo de Santiago de Cuba, en el 2021, a fin de caracterizarles según variables clinicoepidemiológicas.

El universo estuvo constituido por los 227 pacientes adultos de 19 años o más, quienes acudieron al Cuerpo de Guardia con ambas afecciones cardíacas y el criterio diagnóstico de inclusión de FA y TPSV, así como síntomas específicos dados por palpitaciones y, no específicos, tales como la fatiga, la ansiedad, la disnea, los mareos, la angina por insuficiencia coronaria y el síncope por bajo gasto como expresión de estabilidad o inestabilidad hemodinámicas, con hallazgos característicos en el electrocardiograma (ECG) estándar de 12 derivaciones. Para el primero, por ausencia de ondas P sustituidas por ondas finas de fibrilación, no equidistancia entre las ondas R y una frecuencia cardíaca acelerada por encima de 100 latidos por minutos y, para el segundo, tener complejos QRS equidistantes, acortamiento del espacio T-P y onda P insertada dentro del QRS producto de la alta frecuencia. Los pacientes que por su condición clínica, a pesar de la conducta terapéutica tomada, no mostraron mejoría fueron trasladados con todas las medidas por el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) hacia la sala de cardiología del Hospital Provincial Saturnino Lora.

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad: según grupos etarios (19-32; 33-46; 47-60; 61-74; 75 y más)
- Sexo: masculino y femenino
- Tipo de arritmia cardíaca supraventricular: alteración en la formación o en la conducción del impulso eléctrico que determina una variación del ritmo o de la frecuencia cardíaca (fibrilación auricular y taquicardia paroxística supraventricular).
- Factores de riesgo: estrés; hipertensión arterial; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; disfunción ventricular izquierda aguda; insuficiencia cardíaca congestiva; alcoholismo; diabetes *mellitus*; neumopatía Inflamatoria.
- Riesgo de accidente cerebrovascular (*ictus*), escala CHA2DS2-VASc: combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Se clasifica en: riesgo bajo; riesgo intermedio y riesgo alto.
- Tratamiento aplicado: control específico para el trastorno del ritmo. Se clasifica en: maniobras vagales; verapamilo; digoxina; heparina sódica; amiodarona; sulfato de magnesio.



Para estratificar el riesgo de *ictus* en el paciente con FA no valvular se utiliza la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología que recomienda el uso de la escala CHA₂DS₂-VASc (regla de predicción clínica que permite estimar el riesgo de accidente cerebrovascular tromboembólico en pacientes con FA).⁽¹³⁾

Otorga puntos por insuficiencia cardiaca, hipertensión, edad mayor de 75 años, diabetes mellitus, ictus previo, enfermedad vascular, edad entre 65 y 74 años y sexo femenino (es un modificador del riesgo de accidente cerebrovascular dependiente de la edad en lugar de un factor de riesgo per se).⁽¹³⁾

La indicación de anticoagulación oral (ACO) queda patentizada en el paciente con CHA₂DS₂-VASc mayor o igual a 2 puntos.⁽¹³⁾

Para recolectar la información fueron usadas las historias clínicas de los pacientes. Se utilizó como medida de resumen el porcentaje.

Los autores declararon que la investigación fue realizada de acuerdo con aspectos éticos básicos, valor social y científico. Los pacientes fueron seleccionados de manera equitativa y se mostró respeto por ellos en el orden evaluativo, las condiciones de diálogo, el consentimiento y riesgo beneficio, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía e integridad.

Resultados

En la tabla 1 se observa un predominio del sexo masculino (58,1 %) y el grupo etario de 75 a 88 años (29,5 %), seguido de la categoría 61 a 74 años (27,8 %).

Tabla 1. Pacientes con arritmias cardíacas supraventriculares según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
19 – 32	13	5,7	9	4,0	22	9,7
33 – 46	17	7,4	12	5,3	29	12,8
47 – 60	24	10,6	22	9,7	46	20,2
61 – 74	42	18,5	21	9,2	63	27,8
75 – 88	36	15,9	31	13,7	67	29,5
Total	132	58,1	95	41,9	227	100,0



Como se muestra en la tabla 2, existió un predominio de la fibrilación auricular (51,6 %) sobre la taquicardia paroxística supraventricular (48,4 %).

Tabla 2. Pacientes según tipo de arritmias cardíacas supraventriculares

Tipos de arritmias	No.	%
Fibrilación auricular	117	51,6
Taquicardia paroxística supraventricular	110	48,4
Total	227	100,0

Obsérvese en la tabla 3 que el estrés (72,7 %) fue el factor de riesgo más importante, seguido por la hipertensión arterial (41,4 %).

Tabla 3. Pacientes con arritmias cardíacas supraventriculares según factores de riesgo

Factores de riesgo	No.	%
Estrés	165	72,7
Hipertensión arterial	94	41,4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	35	15,4
Disfunción ventricular izquierda aguda	33	14,6
Insuficiencia cardíaca congestiva	28	12,3
Alcoholismo	27	11,9
Diabetes mellitus	23	10,1
Neumopatía inflamatoria	17	7,5

La tabla 4 indica que 52,9 % de los pacientes tratados en el Cuerpo de Guardia tuvieron un bajo riesgo de *ictus*, por lo que no precisaron de ACO. Es notorio señalar que los pacientes con riesgo intermedio y alto constituyeron 47,1 %, por lo cual fueron remitidos para en el primer caso, considerar este tipo de tratamiento y, en el segundo, administrar la anticoagulación.

Tabla 4. Pacientes con arritmias cardíacas supraventriculares según evaluación del riesgo de *ictus* (Escala CHA2DS2-VASc)

Sexo	Riesgo bajo (M0; F1 puntos) (No tratamiento con ACO)		Riesgo intermedio (M1; F2 puntos) (Considerar tratamiento con ACO)		Riesgo Alto (M≥2; F≥3 puntos) (Administrar ACO)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	Masculino	75	33,0	21	9,2	36	15,9	132
Femenino	45	19,9	18	7,9	32	14,1	95	41,9
Total	120	52,9	39	17,1	68	30,0	227	100,0



En cuanto al tratamiento aplicado, nótese en la tabla 5 que primaron las maniobras vagales (97,3 %), seguidas del verapamilo (68,8 %) y la digoxina (40,1 %).

Tabla 5. Pacientes con arritmias cardíacas supraventriculares según tratamiento

Tratamiento	No.	%
Maniobras vagales	221	97,3
Verapamilo	156	68,8
Digoxina	91	40,1
Heparina sódica	71	31,2
Amiodarona	67	29,5
Sulfato de magnesio	34	14,9
Cardioversión eléctrica		

Discusión

López⁽⁹⁾ subraya que el envejecimiento es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular por lo que el incremento de la edad lleva implícito un aumento de casos.

El riesgo cardiovascular aumenta con la edad sobre todo en personas mayores de 65 años, debido a un deterioro de la actividad cardíaca por aumento del grosor de sus paredes, endurecimiento y pérdida de la flexibilidad de las arterias y, cuando esto sucede, se limita la eficiencia del corazón en su actividad de bombeo a los músculos del cuerpo.⁽¹⁴⁾

Castro y Gómez,⁽¹⁵⁾ así como Pérula *et al*⁽¹⁶⁾ concuerdan con esta investigación en cuanto a la edad y el sexo, con una superioridad del masculino sobre el femenino. Al respecto, un artículo indica que las arritmias cardíacas son más frecuentes en hombres.⁽¹⁴⁾

Gutiérrez *et al*⁽¹⁷⁾ difieren con los resultados obtenidos en este estudio, pues destacan el papel protector estrogénico sobre el músculo cardíaco que desaparece al llegar la menopausia y, por lo tanto, aumenta la predisposición a las arritmias cardiovasculares siendo más graves en ella.

Según el criterio de los autores, la prevalencia obtenida tanto en el grupo de edades como en el sexo es producto de la mayor afluencia de estas personas al Servicio de Urgencias donde se desarrolló la investigación, puesto que se trataba de una población predominantemente envejecida.

Hindricks *et al*⁽¹⁸⁾ sitúan a la FA como la taquiarritmia supraventricular más frecuente en pacientes mayores a 65 años de edad, los cuales presentan comorbilidades como hipertensión



arterial, obesidad, diabetes *mellitus*, apnea obstructiva del sueño, entre otras, que afectan de manera importante la calidad de vida al aumentar el riesgo de tromboembolismo y mortalidad cardiovascular, por lo que constituye en la actualidad un importante problema de salud pública global debido al incremento progresivo de casos, especialmente en países en vías de desarrollo como la región latinoamericana.

Montece y Parrales⁽¹⁾ no concuerdan con los resultados de esta investigación, puesto que en sus conclusiones definen que el tipo de arritmia más frecuente fue la TSV paroxística, con mayor frecuencia en la población adulta.

En la mayoría de los pacientes, la FA es una manifestación eléctrica de otros factores de riesgo o enfermedad subyacente que se han relacionado con la aparición de esta enfermedad.⁽¹⁹⁾

Por otro lado, el estrés es un factor que condiciona el riesgo cardiovascular, pues aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial por liberación de adrenalina, lo cual daña la capa interior de las arterias ya sea endureciéndolas y/o aumentando en grosor, lo cual acrecienta la necesidad de oxígeno del corazón.⁽¹⁴⁾

La hipertensión arterial no controlada ocasiona una serie de cambios estructurales y funcionales en los cardiomiocitos, lo que a su vez produce fibrosis e hipertrofia ventricular izquierda y afecta la función ventricular, aumenta el estrés parietal y produce activación del sistema nervioso simpático, provocando un incremento del automatismo y consumo de oxígeno del musculo cardiaco, anisotropía y, por ende, arritmias cardiacas.⁽¹⁾

Hindricks *et al*⁽¹⁸⁾ ubican a la hipertensión arterial como la comorbilidad más importante en el mundo y uno de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares incluida la fibrilación auricular, lo cual coincide con los resultados de esta investigación.

El rendimiento de la escala CHA₂DS₂-VASc es discreto a la hora de identificar a los pacientes con riesgo alto que pueden presentar complicaciones tromboembólicas, pero los pacientes con riesgo bajo coinciden en tasas bajas de *ictus* isquémico o mortalidad menor de 1 % al año y no requieren tratamiento para la prevención de esta enfermedad.⁽¹⁸⁾

Las mujeres sin otros factores predisponentes (CHA₂DS₂-VASc de 1 punto) tienen un riesgo de *ictus* bajo, similar al de los varones con CHA₂DS₂-VASc de 0 puntos.⁽¹⁸⁾ En presencia de más de un factor de riesgo no relacionado con el sexo, las féminas con FA tienen un riesgo de *ictus* constante y significativamente mayor que los hombres.⁽¹⁸⁾

Pedrosa *et al*⁽¹⁹⁾ refieren que en los pacientes con FA se recomienda realizar una estratificación del riesgo tromboembólico mediante la escala CHA₂DS₂-VASc.



En pacientes masculinos con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ 0 y mujeres con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ 1 es razonable omitir la anticoagulación; hombres con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ 1 y mujeres con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ 2, se debe considerar la anticoagulación para reducir el riesgo tromboembólico, teniendo en cuenta las características individuales y las preferencias del paciente.⁽¹⁹⁾

Se recomienda la anticoagulación en FA en hombres con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ mayor o igual a 2 y en mujeres con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ mayor o igual a 3.⁽¹⁹⁾

Cabe agregar que la elección del anticoagulante debe estar basada en el riesgo de tromboembolia, sin tener en cuenta si la FA es paroxística, permanente o persistente.⁽¹⁹⁾

Alonso *et al*⁽²⁰⁾ refieren que las maniobras vagales constituyen una herramienta diagnóstico-terapéutica sencilla y eficaz ante ciertas arritmias que precisan atención urgente, que actúan sobre el sistema nervioso autónomo parasimpático e inhiben los impulsos eléctricos en el nódulo sinusal y disminuyen la conducción a través del nódulo auriculoventricular, lo que se traduce en una disminución de la frecuencia cardíaca. Además, plantean que se consideran tratamiento de elección urgente ante taquicardias de complejo QRS estrecho; las maniobras son aplicables y seguras en la atención primaria.

En cuanto al tratamiento aplicado, Gutiérrez *et al*⁽¹⁷⁾ y Hindricks *et al*⁽¹⁸⁾ coinciden con los resultados e indican que el control farmacológico de la frecuencia cardíaca se puede lograr con bloqueadores beta, digoxina, diltiazem y verapamilo, o con tratamiento combinado y forma parte de la terapia integral a los pacientes con FA y a menudo es suficiente para mejorar los síntomas relacionados con esta enfermedad.

Los autores consideran que, teniendo en cuenta la característica poblacional del área de salud que presenta un envejecimiento progresivo acompañado de un aumento de los factores de riesgo relacionados con ambas arritmias, existe un infradiagnóstico de ellas en el nivel primario, lo cual constituye una limitante del estudio y, al mismo tiempo, es un alcance a tener en cuenta para determinar fehacientemente la totalidad de pacientes con prevalencia e incidencia para llevar a cabo nuevos estudios. Otra limitante de la investigación radica en el hecho que solamente fueron incluidos los pacientes que acudieron al Cuerpo de Guardia. Para los publicistas, los resultados arrojados desde el punto de vista científico poseen un alcance significativo, pues sirven de base extensiva y comparativa para otros sectores del programa básico de salud.

Se concluye que, en el contorno de salud donde fue desarrollada la investigación, la prevalencia y la incidencia de FA constituyen la condición predominante y más trascendental de la población longeva atendida en urgencias, motivo por el cual es fundamental el desempeño



adecuado y coordinado de los profesionales que laboran en el nivel primario de atención, dirigido al control de las comorbilidades, los factores de riesgo, el reconocimiento y la reducción de los síntomas para prevenir complicaciones tromboembólicas mediante el control del ritmo y la frecuencia cardíaca, lo cual garantiza una evaluación y reevaluación periódicas.

Referencias bibliográficas

1. Montece Fernández LA, Parrales Piza FM. Prevalencia de arritmias cardíacas en pacientes hipertensos de 50 a 70 años en la consulta externa de un hospital de la ciudad de Guayaquil. Trabajo de Titulación. Guayaquil, Ecuador. 2021 [citado 08/02/2025]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16661>
2. Chong B, Jayabaskaran J, Metta Jauhari S, Pang Chan S, Goh R, Tze Wah Kueh M et al. Carga mundial de enfermedades cardiovasculares: proyecciones de 2025 a 2050. *European Journal of Preventive Cardiology*. Oxford Academic. 2024. [citado 08/02/2025]. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurjpc/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurjpc/zwae281/7756567>
3. Thompson D. Los factores de riesgo para la salud cardíaca continúan aumentando. *Healthday Spanish*. 2025. [citado 08/02/2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2025/01/29/los-factores-de-riesgo-para-la-salud-cardiaca-continuan-aumentando/>
4. Conyedo Vergel ER, Velázquez Quesada Y, Gutiérrez Escarrás Y, Alfonso Arbolaez LE, Espín Coto RM, García Gutiérrez SR. Prevención de la enfermedad cardiovascular en adolescente en la Atención Primaria de Salud. *Acta méd centro*. 2023. [citado 08/02/2025];17(3): 439–452. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/download/1803/1674>
5. Minja N, Nakagaayi D, Aliku T, Zhang W, Ssinabuya I, Nabaale J et al. Enfermedades cardiovasculares en África en el siglo XXI: lagunas y prioridades para el futuro. *National Institutes of Health. Frente Cardiovasc Med*. 2022. [citado 08/02/2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9686438/>
6. López Jaramillo P, López López JP. Factores de riesgo y muerte cardiovascular en América del Sur. Elsevier, España. 2022. [citado 08/02/2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es->



[revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-avance-resumen-factores-riesgo-muerte-cardiovascular-america-S0214916822001358](#)

7. Revueltas Agüero M, Molina Esquivel E, Torriente Cortina M, Pons Díaz O. Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas. Cuba 2011 – 2020. Rev haban cienc méd. 2022 [citado 07/02/2025];21(6). Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4941>

8. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Arritmias cardíacas. Punto Farmacológico. 2021 [citado 07/02/2025]; (155). Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/09/Punto-Farmacologico-155-Arritmias-cardiacas.pdf>

9. López Tovar A. Arritmias cardíacas, un problema que se multiplica. La Vanguardia Ediciones, SLU. 2021 [citado 07/02/2025]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20211216/7932452/arritmias-cardiacas-problema-multiplica.html>

10. Regal Cuesta VM, De la Cruz Avilés LE, Hernández Cardoso AM, Valladares Carvajal FJ, Calvo Díaz LM, León Regal ML. Caracterización clínico – epidemiológico de pacientes con un primer evento de fibrilación auricular. Revista Finlay. 2024 [citado 08/02/2025];14(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v14n1/2221-2434-rf-14-01-63.pdf>

11. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, Arribas F, Bax JJ, Blomström – Lundqvist C et al. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. European Heart Journal. 2020 [citado 08/02/2025];41(5):655–720. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31504425/>

12. Serrano Blanco A, Puchol Calderón A, Juárez González RA. Atención inicial de las arritmias en urgencias. Hospital Universitario de Toledo. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias Quinta Edición. 2021 [citado 08/02/2025]. Disponible en: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf

13. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado Arroyo R, Caso V, Crijns H et al. Guía ESC 2024 sobre el manejo de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la European Association for Cardio – Thoracic Surgery (EACTS). Sociedad Española de Cardiología. 2024 [citado 08/02/2025]. Disponible en: https://secardiologia.es/images/2024/Gu%C3%ADas/Final_GPC_ESC_2024_Fibrilacio%CC%81n_auricular.pdf



14. Texas Heart Institute. Factores de riesgo cardiovascular. © Texas Heart Institute. 2023 [citado 08/02/2025]. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
15. Castro Sayas D, Gómez Barrios MA. Prevalencia e identificación de factores de riesgos asociados a fibrilación auricular en la organización clínica general del norte. Tesis de Grado. Universidad Libre Seccional Barranquilla. 2020 [citado 08/02/2025]. Disponible en: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/21002/Informe%20Final-Castro%20y%20Gomez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Pérula de Torres LA, Martín Rioboó E, González Lama J, Parras Rejano JM, Fernández García JA, García Criado E et al. Características clínico – epidemiológicas de la fibrilación auricular en pacientes de 65 años o más diagnosticados en atención primaria. Rev Esp Salud Pública. 2020 [citado 08/02/2025];94(10):1–11. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11583094/>
17. Gutiérrez López A, Cruz Cardentey M, Castro Hevia J. Guía sobre fibrilación auricular 2020. Nuevo enfoque para el diagnóstico y el tratamiento. Rev. Cuba. Cardiol. Cir. Cardiovasc.. 2022 [citado 15/02/2025];28(2):1302. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/artice/view/1302>
18. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax J J, Blomström – Lundqvist C, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y el tratamiento de la fibrilación auricular. Guía de Práctica Clínica. Rev Esp Cardiol. 2021 [citado 08/02/2025];74(5):437–437. Disponible en: <https://www.revespcardiologia.org/es-guia-esc-sobre-el-diagnostico-y-tratami-articulo-S0300893220306953-pdf>
19. Pedrosa Fraga C, Gómez Méndez R, Iñiguez Vázquez I, Ventura Valcárcel P, Piñeiro Fernández JC, Casariego Vales E. Fibrilación auricular. Fistera. Lugo: España; 2020 [citado 8/02/2025]. Disponible en: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/Cajon_archivos/Fistera_2020Gu%C3%ADa_FA.pdf
20. Alonso González V, Ávila García R, Alonso González M, Cordero Torres JA. Utilidad práctica de las maniobras vagales en situaciones urgentes. FMC. 2023 [citado 08/02/2025];30(4):176–81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207223000415>



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Antonio Planas Muñiz: administración del proyecto, conceptualización, curación de datos, recursos, Investigación, Supervisión, Análisis formal, Metodología, Participación, Visualización, Redacción - Revisión y edición, Validación (60 %)

Annia Mateo Bonne: curación de datos, Investigación, Metodología, Visualización, Recursos, Redacción - Revisión y edición, Participación. (40 %)

