UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TITULO:

FIBRILACION AURICULAR, COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN VARONES MAYORES DE 65 AÑOS.

ESTUDIO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2015.

TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO MEDICO

AUTORA:

CINTHIA PAOLA CORREA PLUAS

TUTOR:

DR. BOLIVAR VACA MENDIETA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2015- 2016

I

CERTIFICADO DE TRIBUNAL DE TESIS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Cinthia Paola Correa Pluas. Ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar Medico

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL **MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA

II

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO .DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR EL SRTA CINTHIA PAOLA CORREA PLUAS CON C.I. # 0922120019

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES FIBRILACION AURICULAR, COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN VARONES MAYORES DE 65 AÑOS

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

_____

TUTOR (firma)

DR. BOLIVAR VACA MENDIETA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres : Sra. Silvia Pluas Y Sr. Gilberto Correa..Los cuales son maravillosas personas que desde pequeña me motivaron a salir adelante, a pesar de miles de dificultades he llegado hasta aquí gracias a ellos, son el motor de mi vida, la luz que guía mi camino, con mucho amor no solo a ellos, sino a mis padrinos Sra. Margarita Roca y Sr. Carlos Roca, familia en general, sobre todo también quiero dedicarle este trabajo a dos personas muy especiales que viven junto a nuestro Padre Celestial en el cielo : mi hermosa abuelita quien en vida fueron la Sra. Zoilita Vera y mi tía la Sra. Anita Pluas Vera.

Quiero también agradecer de manera muy especial al Dr. Bolívar Vaca por su apoyo en este trabajo de titulación, por sus palabras de motivación para poder continuar en este arduo camino como Medico.

También dedico este trabajo a los pacientes aquellos que luchan día a día en cada casa asistencial por su vida para darnos ejemplo de vida y valentía..y sobre todo a valorar la vida.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo es fruto del esfuerzo desinteresado de la autora y personas que colaboraron para llegar a un solo fin, continuar con los avances e investigación que día a día el médico y el campo de la salud revelan para mejorar la calidad de vida del los pacientes.

Agradezco en primer lugar a Dios, quien me dio fuerzas cada año de estudio para salir adelante y seguir luchando por mi familia para llegar hasta donde me encuentro, además por permitirme realizar este trabajo de titulación, en segundo lugar a mis padres ya que ellos son el pilar básico de mi vida, en tercer lugar a mi familia y amistades por darme su apoyo incondicional día a día.

A mí querida Facultad de Ciencias Medicas Escuela de Medicina donde años forje mis sueños los cuales veré realizados muy pronto si Dios lo permite .en donde compartí tantos conocimientos y aprendí a valorar mucho más la vida.

De manera muy especial quien en vida fue el Dr. Washington Vaca por haber encaminado y estructurado este proyecto y trabajo de titulación, el cual por razones del destino no pudo continuar con este proyecto y lo continuo su hermano el Dr. Bolívar Vaca, al cual le debo todo mi respeto y consideración por la calidad de ser humano y docente que es.

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: FIBRILACION AURICULAR, COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN VARONES MAYORES DE 65 AÑOS		
AUTOR/ ES: CINTHIA PAOLA CORREA PLUAS	**REVISORES:** **Dra. Clara Jaime**	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	**FACULTAD:** CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA: MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACION:	**Nª DE PÁGS:**	
ÁREAS TEMÁTICAS: SECUELAS NEUROLOGICAS		
PALABRAS CLAVE: FIBRILACION AURICULAR		
RESUMEN:		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	**Nº DE CLASIFICACIÓN:**	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	**SI X**	**NO**
CONTACTO CON AUTOR/ES: CINTHIA PAOLA CORREA PLUAS	**Teléfono:** 0980176651	**E-mail:** cinlu1826@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:** CINTHIA PAOLA CORREA PLUAS	
	Teléfono: 0980176651	
	E-mail: cinlu1826@hotmail.com	

VI

RESUMEN

La principal complicación neurológica más importante que destaca luego de haber sufrido un evento fibrilante, es el accidente cerebro vascular isquémico, el cual resulta como complicación cardioembolica en pacientes vulnerables con factores de riesgo importantes entre ellos destacando hipertensión arterial, tabaquismo, hipercolesterolemia entre otras importantes.

El accidente cerebro vascular es una complicación devastadora que produce síntomas incapacitantes que cambian radicalmente la vida del paciente llevándolo desde un ingreso a una casa asistencial donde requerirá mayores cuidados hasta la muerte ya que altera funciones vegetativas y mentales.

La fibrilación auricular es una taquiarritmia que produce complicaciones graves cardioembolicas, ya que al producir tromboembolismo sistémicamente viajan a nivel carotideo y basilar ocluyendo la luz arterial produciendo isquemia e infarto en las regiones cerebrales afectadas dependiendo el territorio afectado.

Palabras claves: “Fibrilacion auricular”, “Evento Cerebro Vascular Isquemico”, “Tromboembolismo”

ABSTRACT

The most important principal neurological complication that stands out after having suffered an event fibrilante, is the accident vascular brain ischemic, which results as complication cardioembolic in vulnerable patients with important factors of risk between them emphasizing arterial hypertension, smoking, hypercholesterolemia between important others.

he accident vascular brain is a devastating complication that produces symptoms that change radicall disabling the life of the patient taking it from a revenue to a welfare house where it will need major taken care up to the death since it alters vegetative and mental functions.

Atrial fibrillation is a tachyarrhythmia that produces serious complications cardioembolic , since on having produced thromboembolism systemicly they travel to level carotid and basilary occluding the arterial light producing ischemia and heart attack in the cerebral affected regions depending the affected territory.

Key words: " Atrial fibrillation ", " Event Vascular Brain Ischemic ", "thromboembolism"

Tabla de contenido

INTRODUCCION 11
CAPÍTULO I 12
EL PROBLEMA 12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: 12
2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA 13
3. JUSTIFICACION 13
1.2. OBJETIVO GENERAL 15
1.3. OBJETIVOS ESPECÌFICOS 15
CAPÍTULO II 16
MARCO TEORICO 16
4. DEFINICION 16
5. EPIDEMIOLOGÍA 17
6. CAUSAS DE FIBRILACION AURICULAR. 18
7. ANATOMOPATOLOGIA 18
8. FISIOPATOLOGIA 19
COMPLICACIONES NEUROLOGICAS Y TERRITORIOS ARTERIALES AFECTADOS 21
9. FIBRILACIÓN AURICULAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL 24
10. EXAMENES COMPLEMENTARIOS 25
11. TRATAMIENTO Y PROFILAXIS 25
CAPÍTULO III 27
MATERIALES Y MÉTODOS 27
12. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO. 27
13. UNIVERSO 27
14. MUESTRA 27
15. VIABILIDAD 27
16. CRITERIOS DE INCLUSIÓN 27
3.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 27
17. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN 28
TIPO DE INVESTIGACIÓN 29
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ..... **¡Error! Marcador no definido.**
18. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS 31
19. RECURSOS HUMANOS 31

20. RECURSOS FÍSICOS 31
21. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA 31
22. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 31
CAPÍTULO IV 32
23. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 32
24. COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS FRECUENCIA Y TIPOS 32
25. GÉNERO Y EDAD MÁS FRECUENTE 34
26. MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA MÁS IMPORTANTE QUE SE DESARROLLAN AL INICIO DE LA ENFERMEDAD. 36
27. TIPO DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR MAS FRECUENTE QUE SE PRODUCE DURANTE EL EVENTO CARDIOEMBOLICO POR F.A. 37
28. PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN PACIENETES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR PROVOCADO POR FIBRILACIÓN AURICULAR. 38
CONCLUSIONES 39
CAPÍTULO VI 40
RECOMENDACIONES O PROPUESTAS 40
BIBLIOGRAFIA 41

INTRODUCCION

El accidente cerebro vascular es la complicación neurológica mas frecuente que afecta a la población en general siendo de predominio mas en el sexo masculino que femenino , ya que se asocia al estilo de vida y a los factores organicos no solo en raza sino en sexo, el problema que se presenta tanto a nivel personal como familiar donde necesitan apoyo psicológico ya que produce desenlaces fatales e incapacitantes que cambian radicalmente la vida de la persona que sufrió dicho evento y por la cual su familia debe prestar apoyo moral y económico ya que el paciente se excluye totalmente en planos sociales como laborales.

Según datos proporcionados por la OMS en sus estudios MONICA , los accidentes cerebrovasculares corresponden como tercera causa de mortalidad a nivel mundial asociado a diversos factores de riesgo tales como tabaquismo, alcohol, hipertensión arterial no controlada farmacológicamente y en estilos de vida, los cuales conllevan a eventos cardioembolicos difíciles de detectar a su debido tiempo de forma oportuna.

Si se realizara mas campañas de prevención a nivel de los centros de salud de primer nivel, disminuiría las tasas de incidencia y prevalencia de etsa patología tanto en morbilidad como mortalidad , pudiendo contribuir a la prevención oportuna y eficaz evitando que miles de personas estén afectadas día a día con esta enfermedad.

Es nuestro deber como futuros médicos y personal de la salud en general colaborar y concientizar a la población informándoles sobre las complicaciones que causa esta enfermedad , si no es detectada a tiempo , así podremos dar un tratamiento ideal para poder ofrecer los cuidados necesarios y en caso de presentarse la complicación mencionada , brindar y orientar a los familiares de los pacientes los cuidados paliativos que requieren.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La enfermedad vascular cerebral es uno de los principales problemas de salud publica en todos los países industrializados ya que, de acuerdo con la OMS , cada año , aproximadamente 15 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad vascular cerebral y de estas un tercio mueren y tercio quedan con incapacidad neurológica permanente. (2)

La OMS calculo que en el 2005 se produjeron en todo el mundo 5,7 millones de defunciones por accidente cerebro vascular , lo que representa el 9,9 % de todas las muertes., más del 85% de estos fallecimientos corresponderían a los países de ingresos bajos y medianos y un tercio a las personas menores de 70 años. (9)

La Organización Mundial de la Salud sitúa la incidencia promedio mundial de la enfermedad en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100. 000 habitantes (10)

La fibrilación auricular es una patología frecuente por la cual es motivo de ingreso en las diferentes casas de salud y servicios de urgencia por lo cual se presenta en pacientes mayores de 65 años , entre el 1 al 2 % de la población en general, con predominio mayor el sexo masculino que femenino debido al estilo de vida y situación ocupacional , de acuerdo a las guías clínicas estableciendo un rango importante por sexo y edad.

Día a día en el Hospital Abel Gilbert Pontón son atendidas este tipo de patologías neurológicas y cardiacas, las cuales son manejadas rápidamente por personal altamente entrenado y capacitado, el objetivo de este trabajo de titulación es demostrar que tipo de complicación neurológica mas suele presentarse , su prevalencia y en qué grupos clasificados por edades y sexo suelen ser frecuentes.

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Es importante conocer cuál es la prevalencia de las complicaciónes neurológicas que se asocia a los eventos cardioembolicos por fibrilación auricular para poder determinar cuántos pacientes de sexo masculino a partir de los 65 años de edad. Asistieron al Hospital Abel Gilbert Pontón por las complicaciones mencionadas anteriormente.

- Naturaleza: Clínico Teórico
- Campo: MSP – HEAGP
- Áreas: Cardiología – Neurología
- Periodo: Enero 2015– Diciembre2015

1.2. JUSTIFICACION

El presente estudio está orientado a conocer la complicación neurológica más importante de la fibrilación auricular en relación a otros eventos neurológicos ya diagnosticados que acudieron al Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el año 2015, obteniendo resultados favorables para ayudar a identificar el tipo de accidente cerebro vascular más frecuente para poder dar un tratamiento eficaz a pacientes que presenten dicha patología, determinando factores importantes que desencadenen a dicha complicación, y asi de esta manera disminuir las morbi-mortalidad evitando secuelas catastróficas que sentencian de por vida a nuestros pacientes.

Los eventos cerebro vasculares son considerados como la tercera causa de muerte a nivel mundial produciendo un grave impacto en los ámbitos sociales y económicos, ya que a nivel hospitalario se manejan muchos recursos en las unidades de cuidados intensivos e intermedios donde los profesionales de la salud trabajan por lograr la estabilidad hemodinámica del paciente,una vez estabilizado su reincorporación a la sociedad es muy difícil ya que queda con secuelas neurológicas muy severas que conllevan a ciertos grados de discapacidad motora y de lenguaje.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

Analizando y observando durante el año 2015, año de practica hospitalaria donde encontramos casos frecuentes, gran afluencia de pacientes con diagnostico de eventos cardioembolicos asociados a accidente cerebro vascular de predominio isquémico, el cual representa un importante problema de salud a nivel publico en nuestra sociedad, según datos de la Organización Mundial de la Salud mueren aproximadamente 14 millones de personas,de las cuales un tercio de ellas quedan con secuelas neurológicas importantes que conllevan a discapacidad y depresión porque cambia radicalmente la vida de estas personas.

Planteo las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la prevalencia de las complicaciones neurológicas por fibrilación auricular en el hospital del de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período de Enero del 2015 hasta Diciembre del 2015?

- ¿Cuál es género y sexo más frecuente en los pacientes que han sufrido dicha complicación por fibrilación auricular en el hospital del de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período de Enero del 2015 hasta Diciembre del 2015?

- ¿Cuáles son las manifestaciones neurológicas que se producen al inicio de la enfermedad por eventos cardioembolicos asociados a fibrilación auricular en el hospital del de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período de Enero del 2015 hasta Diciembre del 2015?

- ¿Cuál tipo de evento cerebro vascular más frecuente en los pacientes que han sufrido eventos cardioembolicos por fibrilación auricular en el hospital del de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período de Enero del 2015 hasta Diciembre del 2015?

- ¿Cuál es el índice de mortalidad por eventos cerebro vasculares complicados asociados a fibrilación auricular, en el hospital del de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo de enero a diciembre del 2015?

1.4. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de las complicaciones neurológicas en varones de 65 años de edad en el hospital del de especialidades Abel Gilbert Pontón desde enero a diciembre del 2015 por observación indirecta retrospectiva para mejorar la situación problemática y disminuir las complicaciones.

1.5. OBJETIVOS ESPECÌFICOS:

1. Determinar las edades más frecuentes en que se presentan las complicaciones neurológicas por fibrilación auricular el hospital del de especialidades Abel Gilbert Pontón desde enero a diciembre del 2015.
2. Determinar el género y sexo más frecuente en los pacientes que han sufrido dicha complicación por fibrilación auricular.
3. Identificar la manifestación neurológica más importante que se desarrollan al inicio de la enfermedad.
4. Identificar el tipo de evento cerebro vascular más frecuente que se presenta en los pacientes.
5. Determinar la mortalidad en pacientes con evento cerebro vascular en al año 2015.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.

2.1. DEFINICION

La fibrilación auricular es un trastorno del ritmo cardiaco en el que hay una activación auricular desorganizada, no hay coordinación en la sístole auricular y el llenado ventricular es inefectivo. El ritmo que se produce puede llegar a tener una frecuencia auricular de 160 a 180 latidos por minuto. En el electrocardiograma, no hay onda P, en su lugar aparecen ondas rápidas de fibrilación, que llevan a una respuesta ventricular irregular. En el ecocardiograma la onda A del movimiento valvular mitral está ausente (1)

La mayoría de las veces es asintomática, con frecuencia se detecta por sus complicaciones, como ictus o insuficiencia cardiaca. Es un factor de riesgo independiente muy importante para el Ictus. Se puede presentar asociada a diabetes, hipertensión arterial o cardiopatía isquémica (4).

Se clasifica según la forma de presentación clínica:

a) De diagnóstico reciente. Incluye la fibrilación auricular detectada por primera vez, la de aparición reciente y la de comienzo desconocido. Algunos autores la denominan Fibrilación auricular aguda. Puede ser sintomática y o asintomática.

b) Paroxística. Sin tratamiento remite a los 7 días o menos (con frecuencia a las 48 horas). Sigue un patrón recurrente (2 ó más episodios).

c) Persistente. Los episodios tienen una duración superior a 7 días, es un límite a partir del que es poco probable que ocurra una remisión espontánea. Puede recurrir una vez controlado el ritmo con tratamiento.

d) Permanente. Ritmo estable en fibrilación auricular, no es eficaz la cardioversión o, si es eficaz de manera inicial, recidiva a las 24 horas. Se incluyen en este grupo los casos de fibrilación auricular de larga evolución en los que no se ha indicado la cardioversión, no se ha intentado o no ha sido aceptada por el paciente (algunas veces se le denomina Fibrilación auricular permanente aceptada). (6)

El término fibrilación auricular aislada se aplica a individuos de menos de 60 años de edad sin evidencia clínica o electrocardiográfica de enfermedad cardiopulmonar, incluida la hipertensión arterial sistémica, Son pacientes que inicialmente tienen un pronóstico favorable en cuanto al riesgo de tromboembolias y de mortalidad. Con el paso del tiempo abandonan la

categoría de fibrilación auricular aislada debido al envejecimiento o al desarrollo de anomalías cardiacas que aumentan el riesgo de sufrir tromboembolia y muerte (6).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad vascular cerebral es uno de los principales problemas de salud pública en todos los países industrializados ya que, de acuerdo con la organización mundial de la salud, cada año, aproximadamente 15 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad vascular cerebral, y de estas un tercio mueren y un tercio quedan con incapacidad neurológica permanente. (2)

Tomando en consideración que la población general del 1 al 2 % de los mayores de 60 años presentan dicha arritmia al presentarse al servicio de urgencias, los médicos especialistas en urgencias deben hacer el diagnóstico de fibrilación auricular, confirmar con electrocardiograma en el que se valorará la presencia de fibrilación auricular, así como determinar en cada paciente las posibles complicaciones, así mismo establecer el tratamiento profiláctico y terapéutico en cada caso.(3)

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica, genera gran número de visitas a los servicios de urgencia y en gran porcentaje de ingresos hospitalarios. La FA afecta al 0.4% de la población general, su prevalencia aumenta con la edad, en las personas mayores de 65 años es del 4-5% y del 9% en los mayores de 80 años. (4)

Diversos estudios han demostrado que en un porcentaje considerable de pacientes con evento vascular cerebral de tipo isquémico, la etiología de éste se encuentra relacionada con trastornos del ritmo cardiaco del tipo fibrilación auricular. la fibrilación auricular, aun en ausencia de enfermedad cardiaca, incrementa el riesgo de infarto cerebral en 5-6 veces por el desarrollo de trombos inducidos por la estasis en la aurícula izquierda. en ee.uu. se calcula que hay 2.3 9 millones de personas con fibrilación auricular sostenida. (2)

Las defunciones por accidente cerebrovascular constituyen la tercera causa de muerte en el Ecuador en el año 2011 (INEC, 2011). El accidente isquémico transitorio representa una clase de evento cerebrovascular que remite espontáneamente pero puede constituir el pródromo de una isquemia cerebral establecida. (5)

Los accidentes isquémicos transitorios embólicos se caracterizan en la clínica por ser discretos, usualmente únicos, con episodios de síntomas neurológicos focales más prolongados, que duran varias horas. (Kimura et al., 1999)

2.3. CAUSAS DE FIBRILACION AURICULAR.

Las causas más frecuentes son:

I. Enfermedad cardiaca o valvular como: cardiopatía isquémica, enfermedad cardiaca reumática, estenosis mitral. Enfermedad del seno. síndrome de pre excitación, Wolf Parkinson White (WPW). Insuficiencia cardiaca, con menos frecuencia: cardiomiopatía, enfermedad pericárdica, defecto del tabique interauricular, mixoma auricular (6)

II. Causas no cardíacas: Hipertension arterial sistêmica, tirotoxicosis, Infecciones agudas (neumonía la mayoría de los casos), depleción electrolítica, Cáncer de pulmón, Otros problemas intra torácicos, Embolismo pulmonar, Diabetes, Consumo excesivo de cafeína, consumo excesivo de alcohol, Consumo de cocaína, obesidad, postquirúrgica cardiaca y toracotomía. El 11% de las personas con fibrilación auricular no tienen enfermedad cardiaca estructural ni enfermedad cardiovascular reconocida como precipitante (6).

Tabla 2. Valor de riesgo para la recurrencia del tipo patogénico del ictus isquémico (11).

Tipo patogénico	Ictus recurrente		Ictus no recurrente		Total
	No.	%	No.	%	
Aterotrombótico	8	9,87	73	90,12	81
Cardioembólico	2	20,0	8	80,00	10
Infarto lacunar	8	13,3	52	86,6	60
Total	18	-	133	-	151

2.4. ANATOMOPATOLOGIA

Desde el punto de vista anatomopatológico, podemos encontrar dos tipos de infarto cerebral:
 Infarto cerebral pálido. Generado en la zona distal a una oclusión arterial persistente. En las zonas con flujo sanguíneo, como, por ejemplo, el borde del infarto, se observa presencia leucocitaria. Posteriormente los macrófagos ocupan la zona y los productos necróticos se eliminan durante meses. (2).

 Infarto cerebral hemorrágico, situación similar a la anterior pero que presenta una importante concentración de eritrocitos dentro de la zona infartada. Las placas petequiales predominan en la sustancia gris, dada su relativa mayor vascularización. Frecuentemente está asociado a infartos de mecanismo embolico. (2).

2.5. FISIOPATOLOGIA

Cuando el origen de la embolia se encuentra en un vaso proximal, episodios recurrentes de embolismo puede alojarse en diferentes ramas del vaso, dando lugar a sintomatología distinta. Los émbolos generalmente sufren trombólisis naturalmente y migran a diferentes vasos, por lo que pueden provocar AIT en varias ocasiones e incluso infartos silentes. (5).

En cuanto a la fisiopatología del infarto cerebral, una vez que existe oclusión de un vaso cerebral con la consecuente obstrucción del flujo sanguíneo cerebral (FSC), se desencadena una cascada de eventos bioquímicos que inicia con la pérdida de energía y que termina en muerte neuronal. Otros eventos incluyen el exceso de aminoácidos excitatorios extracelulares, formación de radicales libres, inflamación y entrada de calcio a la neurona. Después de la oclusión, el núcleo central se rodea por un área de disfunción causada por alteraciones metabólicas e iónicas, con integridad estructural conservada, a lo que se denomina "penumbra isquémica" (2).

Se puede dividir a los AIT embolicas en embolia de la circulación cerebral anterior (carótida, cerebral anterior, cerebral media) y posterior (vertebro-basilar, cerebral posterior). (5).

Cuando se produce infarto por embolia, generalmente es de tamaño medio (1.5 a 3cm) o grande (>3cm), de topografía cortical y presentación súbita (minutos, horas) con máximo déficit neurológico al inicio de la enfermedad. (Arboix, 2002)

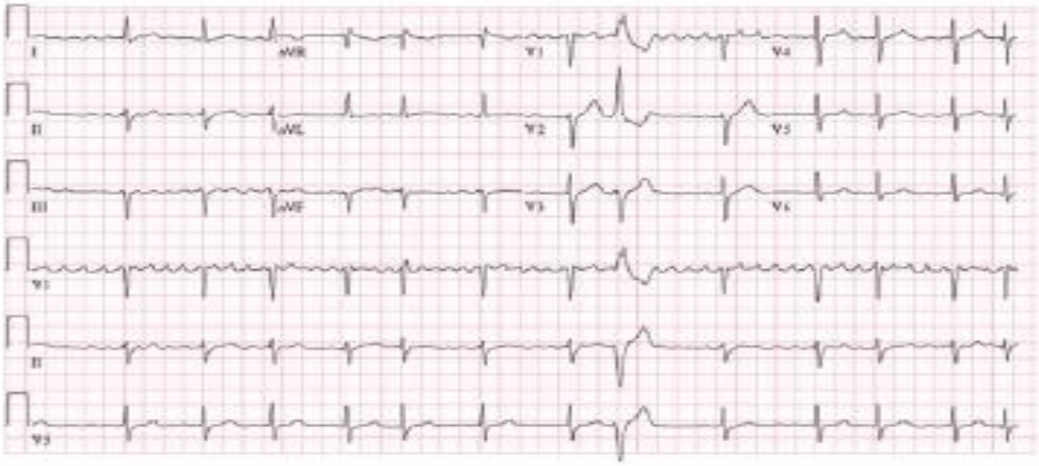
La embolia puede ser:

- Cardiaca, que se diferencia en: Fuentes cardiacas definidas en las que se usa terapia antitrombótica
- Trombo en la aurícula izquierda
- Trombo en el ventrículo izquierdo.
- Fibrilación auricular (FA) persistente y Fibrilación auricular (FA) paroxística. (5).

La fibrilación auricular es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por la activación auricular no coordinada con el consiguiente deterioro de la función mecánica auricular. La incidencia de la FA es del 8% en pacientes >80 años. En el electrocardiograma se encuentra un reemplazo de las ondas P consistentes que representan a la activación auricular, con ondas oscilatorias de tiempo y amplitud diferentes. El complejo QRS persiste estrecho y la respuesta ventricular es generalmente rápida (90-170 lpm). (5).

La fibrilación auricular es un factor de riesgo para el desarrollo de embolia por la disfunción mecánica de la aurícula. Existe: (5).

1. FA permanente: FA que no responde a cardioversión.
2. FA aislada: en pacientes
3. FA No valvular
4. FA Paroxística: los episodios terminan espontáneamente
5. FA Persistente: FA sostenida>7 días o que termina sólo con cardioversión
6. FA Recurrente: 2 o más episodios
7. FA Secundaria: Causada por algún evento (Infarto de miocardio, cirugía cardiaca, hipertiroidismo, enfermedad pulmonar).



Fibrilación auricular (Gutiérrez, 2011) (8).

2.6. COMPLICACIONES NEUROLOGICAS Y TERRITORIOS ARTERIALES AFECTADOS

	Carótida interna /Arteria cerebral media	Vertebrales/ Arteria basilar	Arteria comunicante posterior	Infartos lacunares
Anomalía visual				
Ceguera monocular transitoria (amaurosis fugaz)	++++			
Hemianopsia	+		+++	
Ceguera		++	++	
Déficit motor				
Hemiparesia	+	+		++
Cuadriparesia		++++		
Debilidad en				
Cara	+	++		+
Brazo, mano	+++			+

Muslo, pierna, pie	++	+		+
Debilidad cruzada (con respecto a la lesión cerebral)		++++		
Ataxia de miembro/ debilidad		++		++
Ataxia postural		+++		+
Déficit sensorial				
Hemi-sensorial	+		++	++
Pérdida de sensibilidad en	Carótida interna /Arteria cerebral media	Vertebrales/ Arteria basilar	Arteria comunicante posterior	Infartos lacunares
Cara	+	++	+	++
Brazo/mano	++		++	+
Muslo, pierna, pie	+	+	+	+
Pérdida cruzada (con respecto a la lesión cerebral)		++++		
Déficit cognitivo				

Afasia	++++		+	
Amnesia		+	+++	
Alexia	+++		+++	
Abulia	++	+		+
Tronco y pares craneales				
Mareo/vértigo	+	+++		
Diplopía		++++		
Disartria	+	++		++
Disfagia		++		++
Tinitus/Déficit auditivo		++++		

Síntomas de accidente isquémico transitorio y territorio vascular involucrado (Kaplan, 2012) (5).

2.7. FIBRILACIÓN AURICULAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Se debe a la oclusión de una arteria cerebral por un embolo originado a partir del corazón. Se caracteriza por:

a) signos neurológicos de aparición súbita con déficit máximo al inicio (sin progresión de síntomas y mejoría espontánea),

b) IC múltiples en diferentes territorios arteriales.

c) IC superficial, cortical o con transformación hemorrágica (por recanalización),fuente cardioembólica.

d) ausencia de otras causas posibles. Las enfermedades cardíacas embolígenas, se catalogan como de alto (embolismo > 6% por año) y bajo riesgo (< 1% anual).

Es de especial importancia la fibrilación auricular no valvular debido a su alta frecuencia. Es un fuerte predictor de infarto cerebral y de recurrencia, algunos estudios muestran que es la principal causa de embolismo cardiaco, lo que explica más de 75,000 casos de isquemia cerebral por año con alto riesgo de recurrencia temprana. (2).

La fibrilación auricular, aun en ausencia de enfermedad cardiaca, incrementa el riesgo de infarto cerebral en 5-6 veces por el desarrollo de trombos inducidos por la estasis en la aurícula izquierda. En EE.UU. se calcula que hay 2.3 millones de personas con fibrilación auricular o sostenida. En México, el Registro Mexicano de Fibrilación Auricular calcula que hay 850,000 personas con fibrilación auricular. De 18
acuerdo a datos del estudio de Framingham, el 10% de las EVC isquémicas son debidas a fibrilación auricular. (2).

(15).

ESCALA DE RIESGO DE ICTUS.
CHADS 2 VASC. RISK

C - Congestive heart failure.	1
H - hypertension	1
A – age	1
D – diabetes	1
S – stroke	2

Guias de practica clinica de fibrilacion auricular en urgencias centro medico adolfo lopez Mateos. (15).

2.8. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

La permanencia en urgencias es para los casos de fibrilación auricular inestables, con sincopes o muy sintomáticos que necesitan control urgente de la frecuencia cardiaca, los pacientes que se deben considerar pasar a piso de medicina interna son personas mayores de 50 años con dificultades para su clasificación u origen de la arritmia , con sospecha de enfermedad valvular o disfunción sistólica , sospecha del síndrome de Wolf-Parkinson-White(WPW) .La mayoría de los casos de fibrilación auricular paroxística y persistente para la valoración de tratamiento de control del ritmo. (15).

La palpación de un pulso irregular nos hará sospechar la presencia de fibrilación auricular, el diagnostico se realiza con electrocardiograma(ECG) , que se presenta con una línea basal caótica , sin ondas P y un ritmo ventricular irregular a una frecuencia ventricular que sin tratamiento pueden ser de 160 a 180 latidos por minuto o menor (17).

2.9. TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

En los pacientes con fibrilación auricular , el tratmiento antitrombotico se usa para prevenir el ictus y el tromboembolismo. La forma mas efectiva de prevenir accidentes embolicos en los pacientes con FA y un factor de riesgo alto o mas de un factor de riesgo moderado es la dosis ajustada de anticoagulante , se considerara igualmente la anticoagulacion si existe un factor de riesgo moderado. El objetivo es mantener el INR en 2.5 , entre 2.0 y 3.0 (16).

En sentido general esta demostrado el valor para la profilaxis secuandaria de la aspirina en presencia de lesiones ateroescleróticas de grandes y pequeños vasos , (12), (13)..El meta-analsis de los resultados del International Stroke Trial (IST) y el Chinese Acute Stroke Trial (CAST) evidencia que los beneficios de la aspirina son marcadamente similares en todo el planeta y consistentes en una amplia variedad de enfermos. (14).

La elección del fármaco estará basada en el riesgo de complicaciones de sangrado , en la posibilidad de mantener una anticoagulacion crónica ajustada de forma segura y en la preferencia de los pacientes . Se evaluara y discutirá con el paciente las ventajas e inconvenientes de la utilización de tratamiento anticoagulante o anti agregante a base de antagonistas de ka vitamina K (15).

El ajuste de la dosis de anticoagulacion para minimixar el riesgo de sangrado es particularmente importante en los pacientes mayores con fibrilación auricular. La máxima protección contra evento vascular cerebral de tipo isquémicos en pacientes con fibrilación auricular se alcanza posiblemente con el INR mencionado (15)

Aplicación de la escala CHADS2 para el tratamiento con antiplaquetarios asociado a terapia de anticoagulación (15).

☐ Insuficiencia cardiaca congestiva o disfunción sistólica con FEVI ≤ del 35% . asignar 1 punto.

☐ Hipertensión arterial sistémica asignar 1 punto.

☐ Edad ≥ 75 años asignar 1 punto.

☐ Diabetes mellitus. Asignar 1 punto.

☐ Ictus previo o isquemia cerebral transitoria previa. Asignar 2 puntos

☐ Enfermedad vascular isquémica cardiaca previa asignar 1 punto

☐ Edad de 65- 74 años asignar 1punto

☐ Mujer asignar 1 punto

Es una escala que nos ayuda a establecer el riesgo de eventos vasculares trombosis y nos sugiere manejo en base a puntaje , obteniéndose 1 punto por cada rubro con excepción de el antecedente de vento vascular que asigna 2 puntos , categorizando como bajo riesgo a los pacientes con puntaje 0 , riesgo moderadfo 1 a 2 puntos y posteriormente se considera como apacientes del alto riesgo los de mayor a 2 puntos (15).

Cuando en paciente con fabrilacion auricular no se consigue controlar la frecuencia cardiaca con agentes farmacológicos o se sospeche una miocardiopatia mediada por taquicardia , se considerara la ablación por catéter del nodo AV para controlar la frecuencia cardiaca . (15).

Se recomeinda el tratamiento antitrombotico a todos los pacientes con FA,la elección del tratamiento antitrombotico estará basada en el riesgo absoluto de accidente cerebrovascular, en el riesgo de hemorragia y en la relación riesgo beneficio relativos para cada paciente (15).

En el momento actual, y así lo recomienda la última actualización de las Guías Americanas de FA de 2013, se deben identificar los pacientes con FA con alto riesgo de accidente cerebrovascular y los pacientes con EACE de alto riesgo de eventos coronarios (definido en las últimas guías de enfermedad coronaria estable de la Sociedad Europea de Cardiología como un riesgo >3% de muerte cardiovascular al año) para determinar la terapia antitrombótica óptima. Además se debe valorar el riesgo de sangrado con la escala HAS-BLED (ampliamente utilizada en FA) o CRUSADE usada en síndrome coronario agudo y extendida a cardiopatía isquémica estable. (19)

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.

3.1. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.

Se realizará el estudio en el Hospital de especialidades ¨Dr. Abel Gilbert Pontón¨ en la ciudad de Guayaquil, el cual pertenece al Ministerio de Salud Publica del Ecuador.

3.2. UNIVERSO

El universo constituye a los 70 pacientes que presentaron diagnóstico de accidente cerebro vascular durante el período de Enero del 2015 hasta Diciembre del 2015 en el Hospital de especialidades ¨Dr. Abel Gilbert Pontón¨.

3.3. MUESTRA

Comprendida por 18 pacientes lo cuales presentan diagnóstico evento cerebro vascular por fibrilación auricular y que cumplen todos los criterios basados en esta investigación.

3.4. VIABILIDAD

Este estudio es viable debido a que contamos con la colaboración Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en la ciudad de Guayaquil para el permiso y recolección de datos necesarios en este estudio.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de evento cerebro vascular cardioembolico por fibrilación auricular, con secuelas neurológicas establecidas y perfil clínico que consista en presentar sintomatología descrita a dicha patología.

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**:**

Pacientes que presenten complicaciones neurológicas pero que no sean atribuidas a eventos cardioembolicos y que presenten datos inconclusos en sus historias clínicas.

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES	DEFINICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Complicaciones neurológicas	Conjunto de fenómenos que agravan el estado de salud del paciente	Secuelas neurológicas por ACV en pacientes que sufrieron eventos cardioembolicos por FA diagnosticados e ingresados	Hemiplejias Parestesias Disartria Ceguera Trastornos Auditivos	nominal
VARIABLES DEPENDIENTES				
Edad	Tiempo desde el nacimiento hasta el presente.	Edad del paciente ingresado Y diagnosticado con ACV asociado a FA	Años	Intervalar
Sexo	Características anatómicas y fisiológicas que diferencia hombres y mujeres	Sexo del paciente ingresado Y diagnosticado con ACV asociado a FA	Masculino Femenino	nominal
Manifestaciones clínicas	Conjunto de signos y síntomas propios de una enfermedad	Características clínicas de los pacientes al inicio de la enfermedad con ACV asociado a FA	Pérdida de conciencia. Cefalea. Mareos Dificultad para hablar Parestesias	nominal
Tipo de evento cerebro vascular	Tipo de evento cerebro vascular a presentarse de acuerdo a las manifestaciones neurológicas	Tipo de enfermedad vascular cerebral que se presento en pacientes ingresados y diagnosticados mm	Evento cerebro vascular isquémico Evento cerebro vascular hemorragico	nominal

Mortalidad	Número de muertes provocadas por dicha patología	Número de pacientes muertos ingresados con diagnóstico de ACV asociado A FA	Porcentaje de casos	intervalar

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio tiene un diseño de corte transversal, descriptivo, y analítico

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
ACTIVIDAD	**JULIO**	**AGOSTO**	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**	**ENERO**	**FEBRERO**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**
Eleccion del tema											
Revisión bibliografica											
Aprobacion de tema											
Recopilación de datos											
Presntacion de anteproyecto											
Revisión y correcio de anteproyecto											
Desarrollo del tema											
Análisis estadistico											
Conclusiones y recomendacion											
Revisión del trabajo											
Sustentacion de la tesis											

3.8. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Se realizara esta investigación con los principios establecidos en el Reporte Belmont (Respeto por las Personas, Beneficencia, y Justicia), por el cual proporcionaremos confidencialidad y privacidad de los datos de los pacientes y sus historias clínicas.

3.9. RECURSOS HUMANOS

Contamos con la tutoría del Dr. Bolivar Vaca, el cual es docente del internado rotativo. Además contamos con la colaboración del Dr. William Muñoz jefe del departamento de docencia e investigación del Hospital de Especialidades ´´Dr. Abel Gilbert Pontón¨¨ quien nos proporciona información del departamento de estadística para poder recabar información y desarrollar este trabajo de investigación

3.10. RECURSOS FÍSICOS

Utilizamos diferentes materiales bibliográficos (revistas, libros, artículos,), además de una computadora que nos permitirá realizar las diversas tabulaciones y datos estadísticos

3.11. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

Se recabara información de acuerdo a las variables tanto dependientes como independientes en las historias clínicas de los pacientes entre el periodo de Enero del 2015 a Diciembre del 2015.

3.12. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Usaremos para nuestro trabajo de investigación el Software de Microsoft Excel 2010, donde tabularemos las variables contempladas en el trabajo, creando las diversas tablas de tabulación, porcentajes y gráficos destinados a realizar estadística de una forma descriptiva.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.

La población comprendió 70 pacientes que presentaron diagnóstico de fibrilación auricular, 18 de ellos presentaron complicaciones neurológicas los cuales se les realizo seguimiento de dichas complicaciones.

4.1. COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS FRECUENCIA Y TIPOS

GRAFICO N. 1

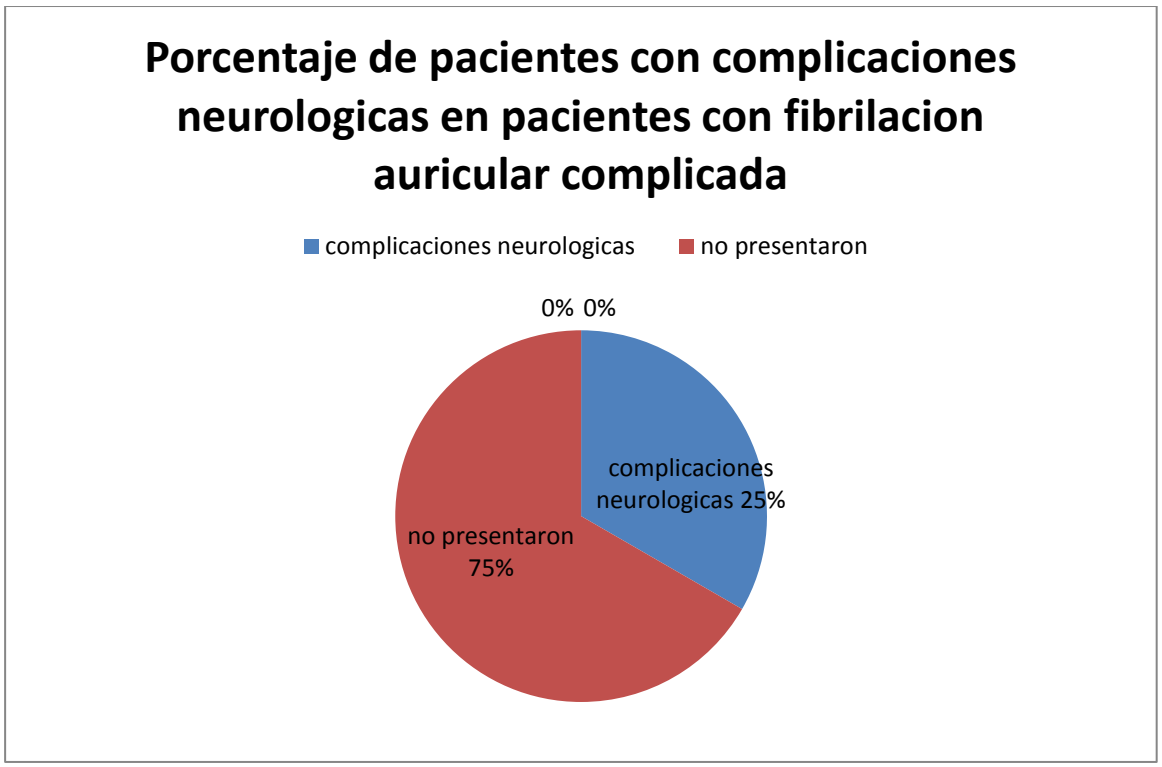
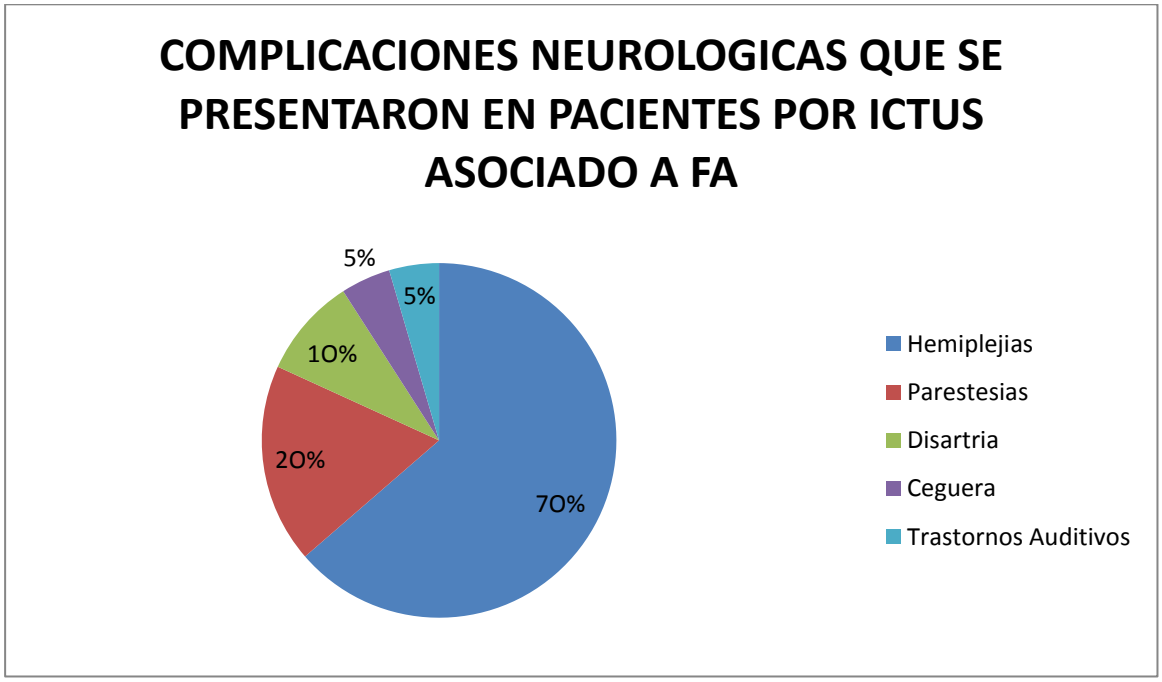


TABLA N.1

COMPLICACIONES NEUROLOGICAS IMPORTANTES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
HEMIPLEJIAS	11	70%
PARESTESIAS	3	20%
DISARTRIA	2	10%
CEGUERA	1	5%
TRANSTORNOS AUDITIVOS	1	5%
TOTAL	18	100%

GRAFICO N.2



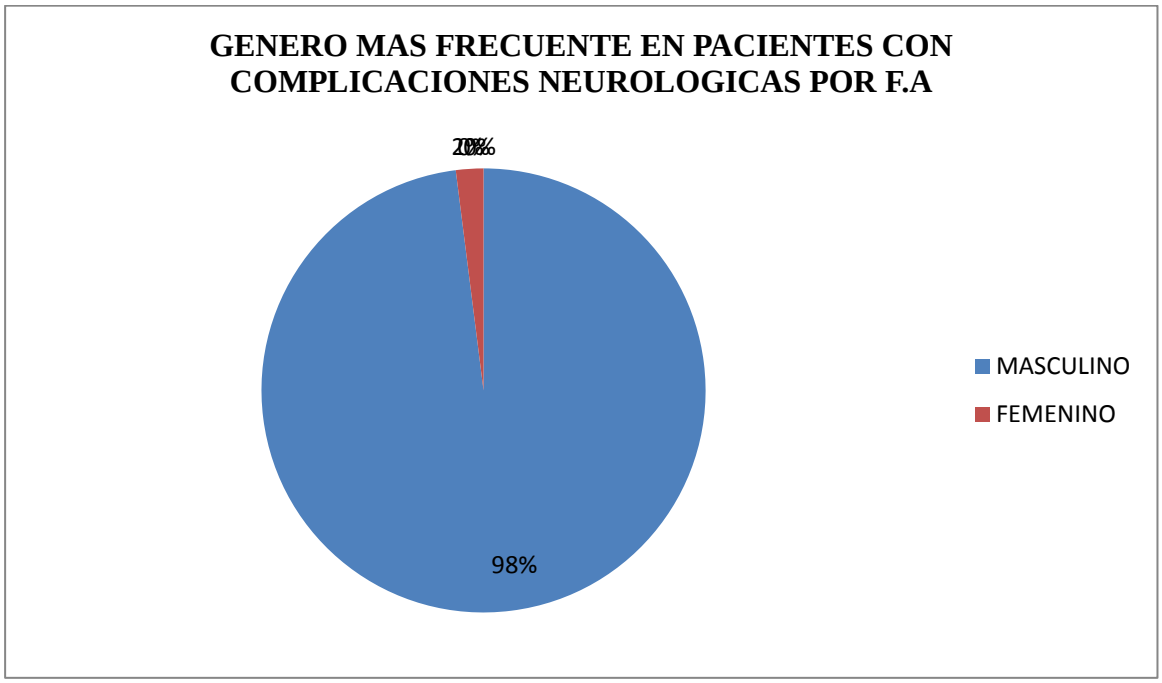
ANALISIS:

Dichos pacientes ingresados y diagnosticados con fibrilación auricular complicada presentaron complicaciones neurológicas en un 25%, mientras que el otro porcentaje de pacientes no la

presento en un 75%., los cuales presentaron en un 70% hemiplejia (11 pacientes), parestesias 20% (3 pacientes), disartria 10% (2 pacientes), ceguera y trastornos auditivos en un 5% cada uno, lo que corresponde a 1 paciente .GRÁFICO 1, TABLA 1 Y GRAFICO 2.

4.2. GÉNERO Y EDAD MÁS FRECUENTE

GRAFICO N. 3



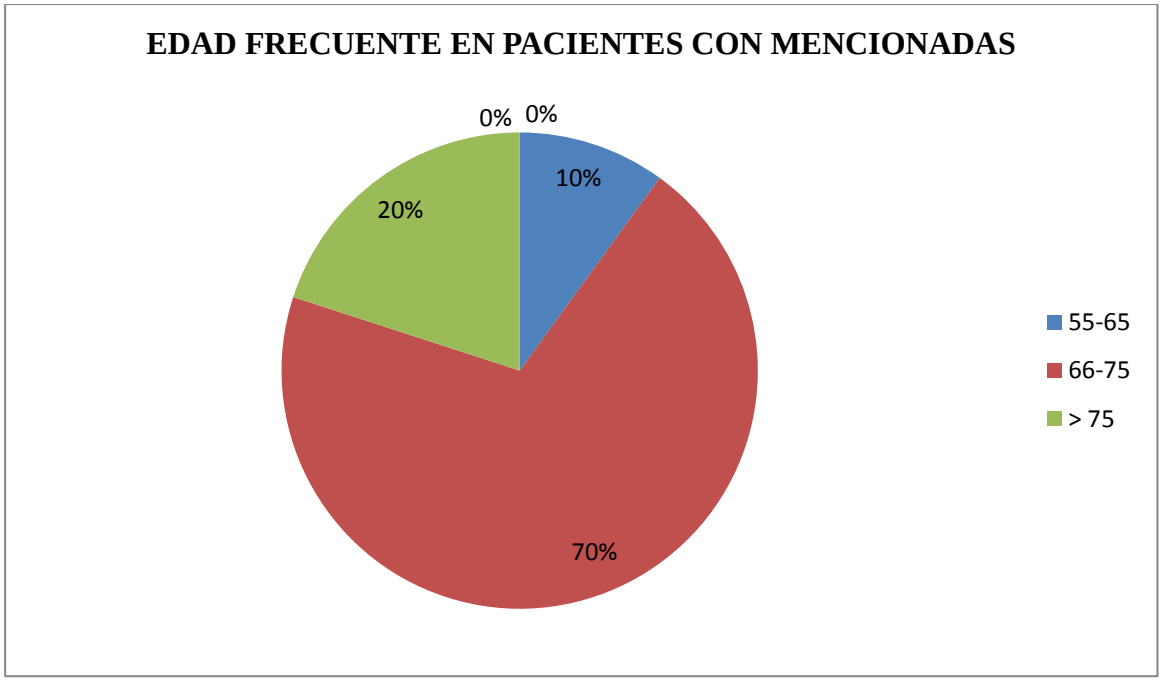
ANALISIS:

De nuestros 18 pacientes ingresados y diagnosticados con complicaciones neurológicas por fibrilación auricular un 2%, pertenece al sexo femenino, (2 pacientes) , mientras que el 98% de porcentaje pertenece al sexo masculino, (16 pacientes), demostrando que esta patología mas se presenta en sexo masculino que femenino GRÁFICO 3.

TABLA N. 2

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
55-65	2	10%
66-75	13	70%
> 75	3	20%
TOTAL	18	100%

GRAFICO N. 4



ANALISIS:

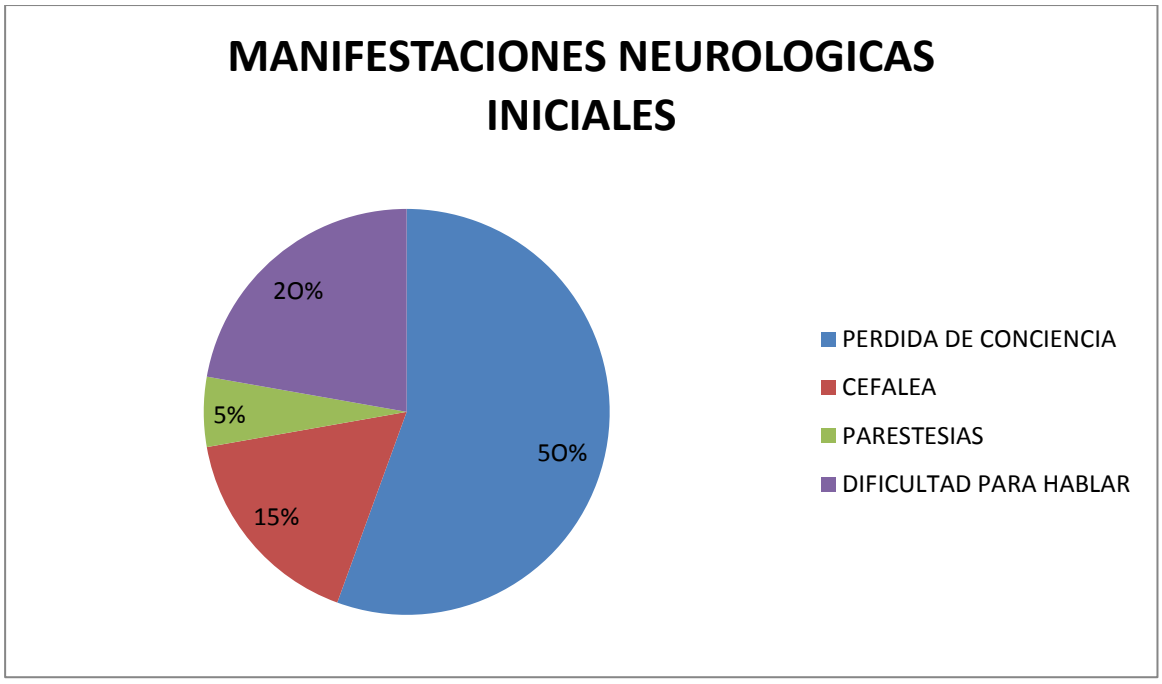
De nuestros 18 pacientes ingresados y diagnosticados con complicaciones neurológicas por fibrilación auricular en nuestra muestra tienen una edad promedio de 65± años de edad, de los cuales el 10% de ellos tenía menos de 55 años, la edad más frecuente fue 66 años, donde la edad mínima fue de 55 años de edad ,mientras que la edad máxima fue de75 años. TABLA 2 Y GRAFICO 4.

4.3. MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA MÁS IMPORTANTE QUE SE DESARROLLAN AL INICIO DE LA ENFERMEDAD.

TABLA N. 3

MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS INICIALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
PERDIDA DE CONCIENCIA	10	50%
CEFALEA	3	15%
DIFICULTAD PARA HABLAR	4	20%
PARESTESIAS	1	5%
TOTAL	18	100%

GRAFICO N.5



ANALISIS:

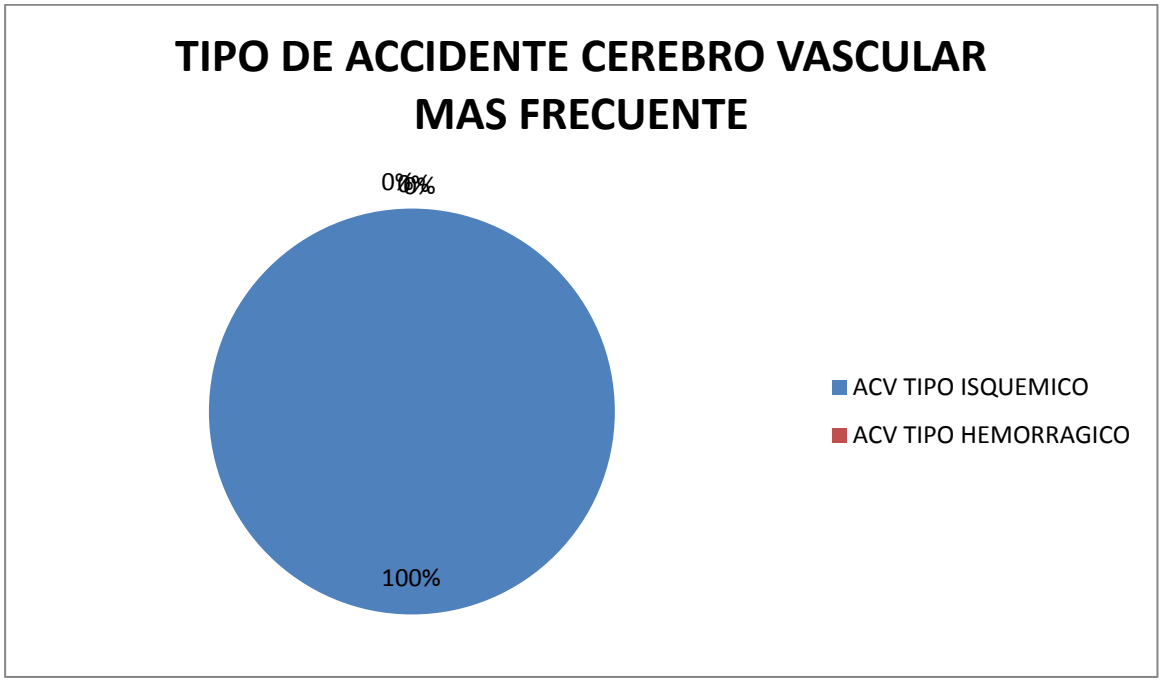
De nuestros 18 pacientes ingresados y diagnosticados con complicaciones neurológicas por fibrilación auricular la manifestación neurológica inicial más frecuente fue la pérdida de conciencia en un 50%, (10 pacientes), seguido con dificultad para hablar en un 20% (4 pacientes), cefalea en un 15% (3 pacientes),y finalmente parestesias en un menor porcentaje de 5% que equivale solo a 1 paciente. TABLA 3 Y GRAFICO 5.

4.4. TIPO DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR MAS FRECUENTE QUE SE PRODUCE DURANTE EL EVENTO CARDIOEMBOLICO POR F.A.

TABLA N.4

TIPO DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR MAS FRECUENTE	**NUMERO DE PACIENTES**	**PORCENTAJE %**
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO	18	100%
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICO	0	0%
TOTAL	18	100%

GRAFICO N.6



ANALISIS:

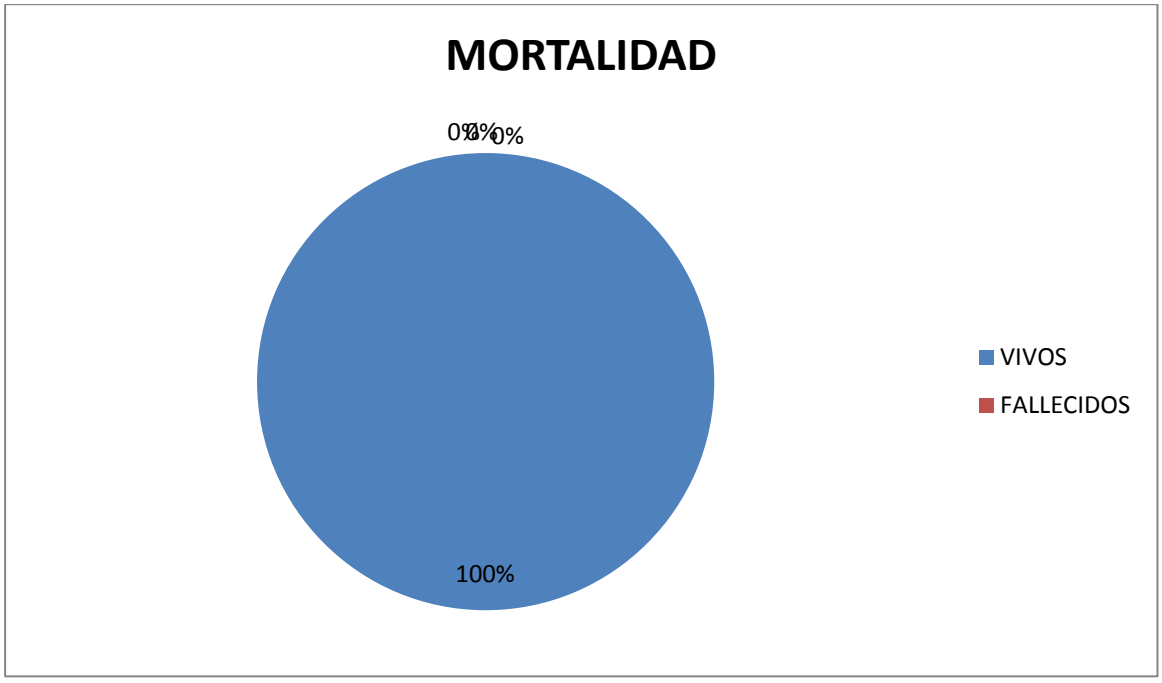
De nuestros 18 pacientes ingresados y diagnosticados con complicaciones neurológicas por fibrilación auricular el tipo de accidente cerebro vascular más frecuente fue el evento cerebro vascular de tipo isquémico que cubrió en un en un100% de su totalidad nuestro estudio (18 pacientes), a comparación del evento cerebro vascular hemorrágico en un 0% (0 pacientes) determinando así cual es el más frecuente en esta patología. TABLA 4 Y GRAFICO 6.

4.5. PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN PACIENETES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR PROVOCADO POR FIBRILACIÓN AURICULAR.

TABLA N. 5

MORTALIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
VIVOS	18	100%
FALLECIDOS	0	0%
TOTAL	18	100%

GRAFICO N.7



ANALISIS:

De nuestros 18 pacientes ingresados y diagnosticados con complicaciones neurológicas por fibrilación auricular no hubo índices de mortalidad el cual representa el100% de su totalidad nuestro estudio (18 pacientes),sin indicios mortales debido a su tratamiento oportuno. TABLA 5 Y GRAFICO 7.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES

 En nuestro estudio llegamos a la conclusión que un 25% de los pacientes estudiados presentaron complicaciones neurológicas asociadas a ictus cardioembolico por fibrilación auricular, al contrario un 75% no las presento, por lo que determinamos que la prevalencia para esta patología fue de 18 para el año 2015 en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.

 Del 100% de pacientes incluidos en el estudio, 98% fueron de género masculino, mientras que el 2 % fueron de sexo femenino.

 El promedio de edad de los pacientes con estas complicaciones fue de 66 años.

 De los 18 pacientes estudiados manifestaron en un 70% hemiplejia (11 pacientes), parestesias 20% (3 pacientes), disartria 10% (2 pacientes), ceguera y trastornos auditivos en un 5% cada uno, lo que corresponde a 1 paciente.

 De las manifestaciones neurológicas iniciales la mas frecuente fue la pérdida de conciencia en un 50%, (10 pacientes), seguido con dificultad para hablar en un 20% (4 pacientes), cefalea en un 15% (3 pacientes),y finalmente parestesias en un menor porcentaje de 5% que equivale solo a 1 paciente.

 El tipo de accidente cerebro vascular que predominó fue el de tipo isquémico con un 100% a diferencia del tipo hemorrágico.

 el índice de mortalidad en este estudio fue de un 0% ya que todos los pacientes de este estudio se encuentran vivos.

Concluimos que la que la prevalencia para esta patología fue de 18 para el año 2015 en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, fue baja, lo cual se pudo determinar su frecuencia en pacientes mayores de 65 años de edad, siendo de predominio el sexo masculino por los múltiples factores de riesgo que conllevan a esta complicación, siendo el ictus de tipo isquémico que predomino sobre le hemorrágico en su totalidad y sin evidencia de índices de mortalidad,.

CAPÍTULO VI

6. RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

 Realizar campañas de prevención en salud empezando hacer énfasis desde los centros de atención primaria los cuales se encuentran más cercanos a la comunidad y es ahí donde debe comenzar para que el paciente sepa como modificar su estilo de vida, tener un mejor control y así reducir mucho más las tasas de frecuencia de esta patología .

 Modificar el estilo de vida. Principalmente disminuir considerablemente el uso de alcohol y tabaco, mantener una dieta adecuada alta en frutas y vegetales disminuyendo los niveles de colesterol y triglicéridos.

 Mantener un adecuado control de la presión arterial en caso de ser diagnosticada.

 Realizar charlas de prevención semana a semana por distintos sectores de la ciudad y el país , inclusive llegando a los lugares de difícil acceso para que las personas sepan identificar la sintomatología inicial y acudir de forma rápida a la unidades hospitalarias más cercana para brindarle atención médica especializada, realizar algoritmos diagnósticos efectivos y oportunos para evitar las complicaciones

 Proponer a la creación de más centros especializados en terapia de lenguaje y motriz en el sector publico para los pacientes que tengan las mencionadas complicaciones neurologías y así ayudar día a día en su proceso de reincorporación a la sociedad ya que estas complicaciones limitan drásticamente a desempeñarse en ambientes laborales y sociales

7. BIBLIOGRAFIA

1. Franco, B., Mendel O., Martinez, F., Aviles, J., Gonzalez, J., Gomez, R. (2012). Guía de práctica clínica del diagnóstico y manejo de la fibrilación auricular de la secretaria de salud número 148, Recuperado el 11 enero de 2016 de:
http//:www.cenetec.gob.mx

2. Sanchez, A., Garcia, J.,Medrana, M. (2014). Incidencia De Fibrilación Auricular, En Pacientes Con Evento Vascular Cerebral De Tipo Isquémico, Recuperado el 11 enero de 2016 de:
www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Martha.pdf

3. Fuster ,V., Ryden, L., Cannom ,D S,.Crijns, H J., Curtis, A B., Halperin, J L., et al. (2006). ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management ofPatients With Atrial Fibrillation AHA,2006;l 48 (4) : e149- e 246

4. Wann, SL., Curtis ,AB., Ellenbogen KA, ESTES, III MN., Jackman, M., Lowe JE. (2011). ACCF/AHA/HRS Focused Update on the Management of
Patients With Atrial Fibrillation (Update on Dabigatran)AHA;8 (3)e1 – e 8.

5.Requena , M. (2014). Presentación de caso para educación médica: Accidente isquémico transitorio y mixoma en paciente de 94 años. Recuperado el 11 enero de 2016 de:
http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3649/1/112251.pdf

6. King, DA., Dickerson, LM., Sack, J,.Acute Management of Atrial Fibrillation .(2002). Part II. Prevention of Thromboembolic Complications.AFP: 66; 261 264, 271- 272

7. Singh ,BN., Cingolani ,E.J., Cardiovasc Pharmacol Ther. A new agent for atrial fibrillation: electrophysiological properties of dronedarone. Dec; (2010)15(4 Suppl):6S-14S. doi: 10.1177/1074248410377618. Review.

8. Gutierrez, C1., Blanchard DG. (2011). Atrial fibrillation: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2011 Jan 1 83(1):61-8.

9.who steps stroke manual. (2005). Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebro vasculares. Recuperado el 23 de enero de 2016 de :

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf

10.Bonita R. Epidemiology of Stroke. Lancet 1992; 342-44.

11.Cabrera,,M,1,Fabrega A.,Blanco M.,Morera F.,Mendez., Suarez B.,Torres L.,Menedez 1L. (2006). Recurrencia del ictus cerebrovascular isquemico y su relacion con algunos factores de riesgo, Recuperado el 23 de febrero de 2016 de :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000100006

12. O Brien JR. Etherington MD. How much aspirin . Thromb Haemost 1990; 64:486.

13. The Dutch TIA study group . A comparison of two doses of aspirin (30mg versus 283 mg a day) in patient after transient ischemic attack or minor ischemic stroke .
N Engl J Med. 1991 ;325:1261-6.

14.Bradbury J. Meta-analisis reinforces data on aspirin benefit in ischaemic stroke. Lancet. . (2000).;355. (9220): 2054.

15.Rodriguez R., (2014). Apego a guias de practica clinica de fibrilacion auricular en urgencias centro medico adolfo lopez Mateos, Recuperado el 23 de febrero de 2016 de :

http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14983/Tesis.420037.pdf;jsessionid=0D140A4A14D207695983F955A8C74F8A?sequence=1

16.Rutzen –Lopez H, Khanna V, Reynolds MR. Minerva Med. 2011 Jun;102 (3):187-207. Review . Erratum in: Minerva Med . 2011 Oct102 (5): XV . Vkhanna, V .,Reynolds, M . Atrial Fibrillation:epidemiology , prognosis and theraphy.

17. Camm AJ, kirchoff P, Lip GH, Schotten U, Savelieiva I, Ernst S, Van Gelder I, Guidelines for the management of atrial fibrillation .EHJ 2010; 31,2369-2429.

18.Holbrook A, Schulman S, Witt DM, Vandvik PO, Fish J, Kovacs MJ, Svensson PJ,. Evidence –Based Manegment of anticoagulant theraphy and prevention of Thrombosis, 9th Chest 2012; 141;e152-e 184.

19. **Morten Lamberts1*; Gunnar H. Gislason2; Gregory Y.H. Lip3; Jens Flensted Lassen4;**

Jonas Bjerring Olesen1; Anders P. Mikkelsen1; Rikke Sørensen1; Lars Køber5; Christian Torp-Pedersen6; Morten Lock Hansen1 Antiplatelet Therapy for Stable Coronary Artery Disease in Atrial Fibrillation Patients on Oral Anticoagulant: A Nationwide Cohort Study.