REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

ARTÍCULO ORIGINAL

https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2025.e12122522

Diferencias de sexo en la evolución y tratamiento de la fibrilación auricular no valvular

Sex differences in the evolution and treatment of non-valvular atrial fibrillation

Ana Carolina Benítez González[1], **Saddy Pamela Vargas López**[1],

Rommel Hernán Sapriza Bogarín[1], **Laura Silvana Aria Zaya**[1],

Edgar Augusto Ortega Filártiga[2]

[1]*Universidad del Pacífico. Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay*
[2] *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay.*

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisores:

Francisco Javier Suárez-Guzmán. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

Fabián Franco. Universidad María Serrana. Facultad de Ciencias de la Salud. Asunción, Paraguay.

Cómo citar este artículo: Benítez González AC , Vargas López SP, Sapriza Bogarín RH , Aria Zaya LS , Ortega Filártiga EA. Diferencias de sexo en la evolución y tratamiento de la fibrilación auricular no valvular. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2025; 12 (1): e12122522

Artículo recibido: *7 agosto 2025*
Artículo aceptado: *22 agosto 2025*

Autor correspondiente:
Ana Carolina Benítez González
Correo electrónico:
benitez.ana160407@gmail.com

Dictamen del artículo:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/41_dictamenes.pdf

Acceso a base de datos

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

RESUMEN

Introducción: la fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia cardíaca más común en la práctica clínica. Se ha visto que la presentación clínica y el tratamiento de esta arritmia varía según el sexo.

Objetivo: determinar las diferencias de sexo en la evolución clínica y la respuesta al tratamiento antitrombótico en pacientes internados con diagnóstico de FANV.

Metodología: se realizó un estudio observacional analítico, retrospectivo, de corte transversal en pacientes internados

con FANV en el Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, durante el 2024. Los datos se extrajeron de las fichas clínicas completas que contenían estas variables: edad, sexo, tipo de tratamiento antitrombótico recibido, y puntuaciones de riesgo tromboembólico (CHA_2DS_2-VASc) y de sangrado (HAS-BLED).

Resultados: se incluyeron 371 casos, el 61,5% era del sexo femenino. En el 38,2% de las mujeres y en el 35% de los hombres se utilizaron anticoagulantes orales directos, el 36,6% de los pacientes se fue de alta sin reincidencias y el 39,8% de los hombres tuvo una reincidencia de FANV

Conclusión: no se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la evolución clínica y la respuesta al tratamiento antitrombótico en pacientes con FANV, lo que resalta la importancia de incorporar el enfoque de género en su abordaje terapéutico.

Palabras claves: fibrilación atrial, accidente cerebrovascular, fibrinolíticos, anticoagulantes, caracteres sexuales, evolución clínica.

ABSTRACT

Introduction: Non-valvular atrial fibrillation (NVAF) is the most common cardiac arrhythmia in clinical practice. It has been observed that the clinical presentation and treatment of this arrhythmia vary according to gender.

Objective: To determine sex differences in clinical outcome and response to antithrombotic treatment in hospitalized patients diagnosed with NVAF.

Methodology: A retrospective, cross-sectional, observational study was conducted in patients hospitalized with NVAF at the Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, during 2024. Data were extracted from complete medical records containing the following variables: age, sex, type of antithrombotic treatment received, and thromboembolic risk (CHA_2DS_2-VASc) and bleeding (HAS-BLED) scores.

Results: Three hundred seventy-one cases were included, 61.5% of which were female. Direct oral anticoagulants were used in 38.2% of women and 35% of men. Of the patients, 36.6% were discharged without recurrence, and 39.8% of men experienced a recurrence of NVAF.

Conclusion: No differences were observed between men and women in clinical outcome and response to antithrombotic treatment in patients with NVAF, highlighting the importance of incorporating a gender perspective into the therapeutic approach.

Keywords: atrial fibrillation, stroke, fibrinolytics, anticoagulants, sex characteristics, clinical outcome.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente en la práctica clínica, con millones de casos en todo el mundo [(1)]. Su prevalencia aumenta significativamente con la edad, alcanzando aproximadamente al 10% de las personas mayores de 80 años [(2)]. Esta condición se asocia a una morbilidad considerable, elevando el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca y mortalidad cardiovascular [(3)]. Los principales factores de riesgo para su desarrollo incluyen hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y síndrome metabólico, además de componentes genéticos y ambientales [(4)].

Uno de los aspectos más relevantes al abordar esta enfermedad es la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a su manifestación, tratamiento y evolución clínica. Diversos estudios han señalado que las mujeres, a menudo, han estado menos representadas en los ensayos

clínicos sobre FANV, lo cual ha limitado una comprensión más completa sobre cómo afecta la enfermedad a cada sexo [5]. En particular, se ha observado que las mujeres con FANV suelen presentar síntomas menos específicos, como disnea, fatiga o mareos, en lugar de palpitaciones típicas. Esta presentación atípica puede demorar el diagnóstico y el inicio del tratamiento oportuno [6,7].

El tratamiento de la FANV se centra en la prevención de eventos tromboembólicos, donde los anticoagulantes orales son una herramienta esencial. También es fundamental mantener el control adecuado del ritmo y la frecuencia cardíaca [8]. Sin embargo, se han reportado desigualdades en la prescripción de anticoagulantes según el sexo: algunas investigaciones indican que las mujeres reciben con menor frecuencia un tratamiento anticoagulante adecuado, a pesar de tener un riesgo de ACV igual o incluso superior al de los hombres [9]. Este fenómeno puede estar influenciado por percepciones erróneas sobre el riesgo de sangrado o la adherencia terapéutica en mujeres [10].

Asimismo, estudios recientes han evidenciado un pronóstico más desfavorable en mujeres con FANV, quienes presentan mayor riesgo de ACV isquémico, incluso al considerar otros factores de riesgo cardiovascular [11]. También se ha identificado un índice más alto de hospitalizaciones por complicaciones relacionadas, lo que resalta la necesidad de una detección precoz y un abordaje terapéutico personalizado [12]

Estas evidencias subrayan la importancia de adaptar los tratamientos según las características clínicas de cada paciente, incorporando el enfoque de género como un elemento clave en la planificación médica [13]. Comprender de manera más profunda cómo el sexo influye en la evolución clínica, el manejo terapéutico y el pronóstico de la FANV es un paso esencial para lograr una atención médica más equitativa y eficiente. Identificar estas disparidades permite avanzar hacia estrategias terapéuticas más individualizadas y justas.

En este contexto, el objetivo de este trabajo fue determinar las diferencias de sexo en la evolución clínica y en la respuesta a la terapia antitrombótica en pacientes con FANV en un hospital de alta complejidad. Los resultados pueden mejorar la comprensión de la enfermedad y formar la base de los próximos estudios e intervenciones dirigidas a optimizar la atención para pacientes con FANV, disminución de las discrepancias de tratamiento basadas en el sexo y los resultados clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio: se realizó un estudio observacional analítico, retrospectivo de corte transversal, en pacientes internados con FANV en el servicio de clínica médica del Hospital Nacional, Itauguá, Paraguay, en el año 2024. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron fichas clínicas de pacientes diagnosticados e internados con FANV, de ambos sexos, mayores de 18 años. Se excluyeron las fichas clínicas incompletas e ilegibles.

Variables: se midieron datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudio, estado civil, situación laboral, lugar de procedencia), tratamientos anticoagulantes: anticoagulantes orales directos (ACOD), antagonistas de la vitamina K, anticoagulantes parenterales. Se registró la evolución clínica: alta, reincidencia, traslado a terapia.

Para la escala CHA_2DS_2-VASc se incluyó: insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, edad ≥ 75 años, diabetes mellitus, ACV, accidente isquémico transitorio o tromboembolismo previo, enfermedad vascular (infarto previo, enfermedad arterial periférica, placa aórtica), edad 65 a 74 años, sexo femenino.

Para la escala HAS-BLED se incluyó: hipertensión, disfunción renal o hepática, ACV previo, historia de sangrado mayor o predisposición al sangrado, INR lábil o inestable, edad > 65 años, uso de fármacos que aumentan el sangrado.

Gestión de datos: los datos fueron ingresados en planilla electrónica Microsoft Excel™ y procesados mediante análisis estadístico descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar). Para el análisis inferencial se emplearon la prueba chi cuadrado (χ^2) y la prueba t de Student, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$. El procesamiento estadístico se realizó con los programas Epi Info™ versión 7.2.6.0 y The Jamovi Project ™ versión 2.6.

Tamaño de muestra: se estimó con el software Epi Dat 3.1™. Considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión de 5%, una proporción esperada del 40,6% [5] de fibrilación auricular paroxística/permanente al momento de ingreso hospitalario, se obtuvo un tamaño de 371 fichas como mínimo a ser evaluados.

Aspectos éticos: el estudio se adhirió a los principios de la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Pacífico N°000/2025 CE y contó con la autorización de los directivos del hospital. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la anonimización de los datos personales.

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con fibrilación auricular no valvular (n 371)

Características sociodemográficas	Frecuencias	Porcentajes
Rangos etarios		
28 a 37 años	73	19,7
38 a 47 años	78	21
48 a 57 años	68	18,3
58 a 67 años	76	20,5
68 a 77 años	51	13,7
Mayor a 78 años	25	6,7
Sexo		
Femenino	228	61,5
Masculino	143	38,5
Nivel de estudio		
Primaria	212	57,1
Secundaria	130	35,1
Universitaria	29	7,8
Estado civil		
Soltero	39	10,5
Casado	216	58,2
Viudo	18	4,8
Unido	22	6
Separado	75	20,2
Divorciado	1	0,3
Situación laboral		
Trabaja	181	48,8
No trabaja	126	34
Jubilado	63	17
Estudiante	1	0,2
Procedencia		
Central	50	13,5
San Pedro	23	6,2
Paraguarí	22	6
Boquerón	22	6
Concepción	22	6
Guairá	22	6
Itapúa	21	5,7
Alto Paraná	20	5,3
Amambay	20	5,3
Cordillera	20	5,3
Alto Paraguay	20	5,3
Canindeyú	19	5,1
Misiones	19	5,1
Presidentes Hayes	19	5,1
Caaguazú	18	5
Caazapá	17	4,6
Ñeembucú	12	3,2
Asunción	5	1,3

RESULTADOS

Se incluyeron 371 pacientes diagnosticados con FANV de enero a diciembre del año 2024. El 21% de la muestra tenía entre 38 a 47 años, el 61,5% de los pacientes era del sexo femenino, el 57,1% terminaron la primaria, 58,2% estaba casado, el 48,8% trabajaba y el 13,5% provenían del Departamento Central del Paraguay (tabla 1).

Al clasificar el tratamiento por sexo, en el 38,2% de las mujeres y en el 35% de los hombres se utilizaron anticoagulantes orales directos (p 0,811). Según el rango etario, se vio que los antagonistas de la vitamina K se usaron con mayor frecuencia en los pacientes que tenían entre 28 a 37 años (23,3%), los anticoagulantes orales directos predominaban en los pacientes de 38 a 47 años (26,3%) y en los pacientes con tratamiento anticoagulante parenteral en pacientes entre 48 a 57 años (20,2%). No hubo evidencia estadísticamente significativa de que exista relación entre el rango etario y el tipo de anticoagulante prescrito (p=0,52) (tabla 2).

El puntaje en la escala CHA_2DS_2-VASc fue similar entre ambos sexos. Las mujeres presentaron una media de 6,18 ± 2,02 y una mediana de 6, mientras que los hombres obtuvieron una media de 6,36 ± 2,02, también con una mediana de 6. Los valores oscilaron entre 3 y 9 en ambos grupos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas (p>0,05) (gráfico 1).

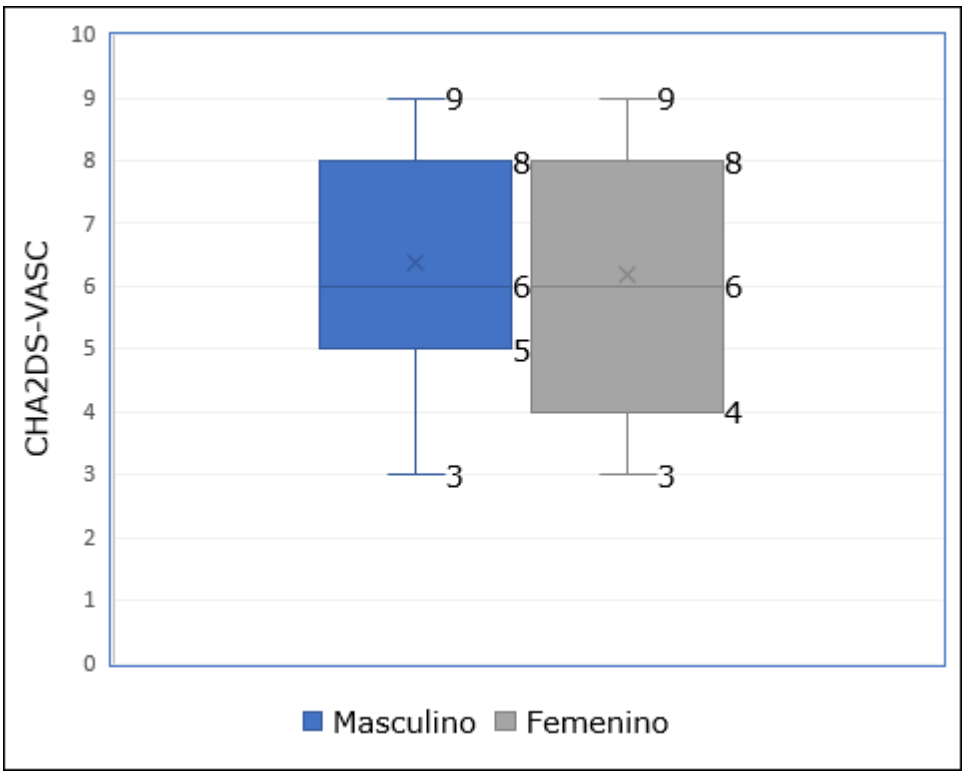
En la escala HAS-BLED, las mujeres presentaron una media de 4,50 ± 1,66 y una mediana de 4, mientras que los hombres tuvieron una media de 4,27 ± 1,63 y una mediana de 5. El rango de puntuación fue de 2 a 7 en ambos sexos. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas con p>0,05 (gráfico 2).

En la tabla 3 se observa la evolución clínica de los pacientes internados con FANV, donde se aprecia que el 32,9% fue trasladado a terapia y el 36,6% de los pacientes se fue de alta sin reincidencias. Al estratificar por sexo, se observó que el 62,5% de las mujeres y el 37,5% de los hombres tuvieron un alta sin reincidencias, el 60,2% de las mujeres y el 39,8% de los hombres tuvo una reincidencia de FANV, mientras que 61,5% de las mujeres y el 38,9% de los hombres requirió traslado a terapia intensiva. No hubo evidencia estadísticamente significativa de que exista diferencia entre el sexo y la evolución clínica.

Tabla 2. Uso de anticoagulantes según sexo y rango etario en pacientes con fibrilación auricular no valvular (n 371)

Parámetros	Antagonista de vitamina K n (%)	Anticoagulante parenteral n (%)	Anticoagulante oral directo n (%)	p*
Sexo				
Femenino	73 (32%)	68 (29,8%)	87 (38,2%)	0,8
Masculino	47 (32,9%)	46 (32,2%)	50 (35%)	
Rango etario				
28 a 37 años	28 (23,3%)	20 (17,5%)	25 (18,2%)	0,5
38 a 47 años	24 (20%)	18 (15,8%)	36 (26,3%)	
48 a 57 años	20 (16,7%)	23 (20,2%)	25 (18,2%)	
58 a 67 años	27 (22,5%)	22 (19,3%)	27 (19,8%)	
68 a 77 años	13 (10,8%)	20 (17,5%)	18 (13,1%)	
Mayor 78 años	8 (6,7%)	11(9,7%)	6 (4,4%)	

*prueba chi cuadrado



X= media aritmética p = 0,40 prueba t de Student

Gráfico 1. Riesgo tromboembólico estratificado por sexo según escala de riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular (n 371)

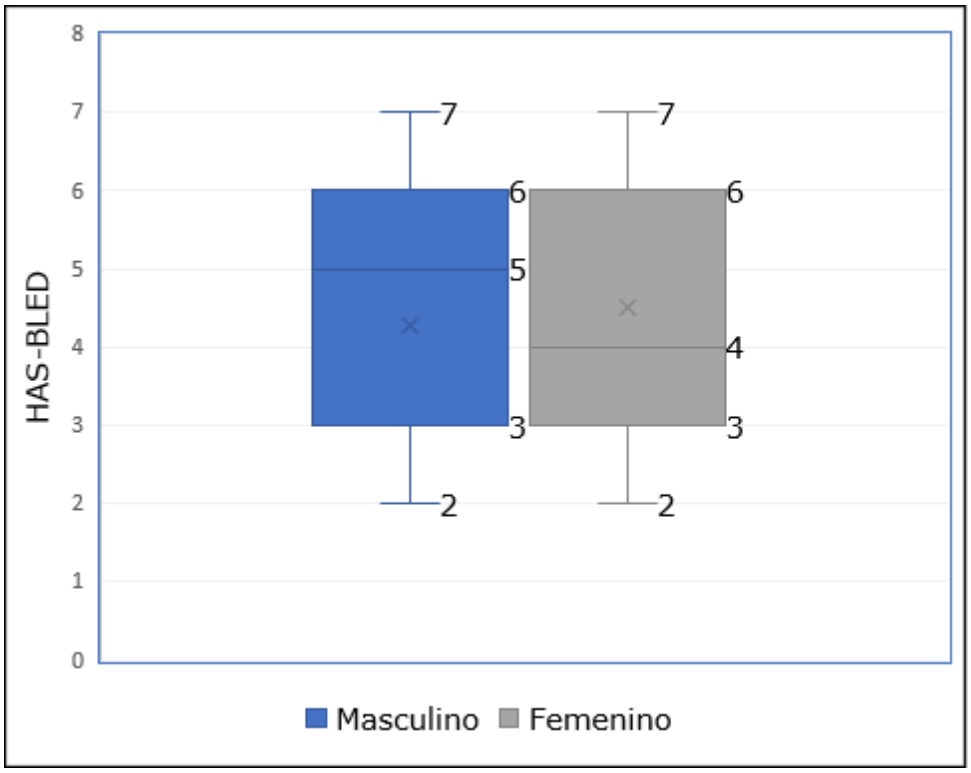


Gráfico 2. Riesgo hemorrágico estratificado por género según HAS-BLED en pacientes con fibrilación auricular no valvular (n 371)

Tabla 3. Evolución clínica de los pacientes internados con fibrilación auricular no valvular (n 371)

Evolución clínica	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Totales n (%)
Alta	85 (62,5%)	51 (37,5%)	136 (36,6%)
Reincidencia	68 (60,2%)	45 (39,8%)	113 (30,5%)
Traslado a terapia	75 (61,5%)	47 (38,5%)	122 (32,9%)

p=0,93 (prueba chi cuadrado)

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas evidencian un predominio femenino (61,5%), en concordancia parcial con un reporte donde se documentó una proporción similar en pacientes con FANV (61,31%) [14]. También se observa correspondencia en la estratificación socioeconómica, con mayor representación de niveles medio y alto. No obstante, se identifica una divergencia en la distribución etaria: mientras la literatura describe prevalencia en mujeres ≥75 años, en nuestra muestra predominan pacientes de menor edad. Estas diferencias podrían explicarse por características propias de la captación hospitalaria, el perfil sociodemográfico y la carga de comorbilidades de la población atendida. En ausencia de evidencia concluyente, este hallazgo debe considerarse atípico y requiere confirmación en estudios multicéntricos regionales. Varios estudios han vinculado el envejecimiento de la población con un aumento continuo de esta afección, especialmente en mujeres después de la menopausia, quienes tienen más factores de riesgo cardiovasculares como hipertensión y obesidad [15].

Se observó que más del 57% de los pacientes tenía solo educación primaria, lo cual podría dificultar la comprensión del tratamiento y reducir la adherencia terapéutica. Esto es relevante, ya que un bajo nivel educativo ha sido asociado a peores resultados clínicos en patologías cardiovasculares. Diversos estudios han evidenciado que un bajo nivel educativo puede tener un impacto significativo en la salud cardiovascular. Según la Sociedad Española de Cardiología, las personas con menor escolaridad presentan mayor mortalidad cardiovascular y menor acceso a procedimientos terapéuticos, lo cual sugiere una brecha estructural en la comprensión y manejo de estas enfermedades [16].

En cuanto a la terapia anticoagulante, se observó que los anticoagulantes orales directos (ACOD) fueron el tratamiento más común, prescritos en un 37% de los pacientes. Las guías clínicas actuales recomiendan el uso de ACOD como primera opción para prevenir ACV en FANV, ya que son igualmente efectivos, pero con menos riesgo de sangrado intracraneal en comparación con los anticoagulantes de vitamina K (AVK) [17,18]. Además, se ha observado que las mujeres con FANV pueden beneficiarse particularmente del uso de ACOD. Un análisis detallado sugiere que, en comparación con los antagonistas de la Vit K, los ACOD se asocian con un menor riesgo de hemorragia intracraneal y mortalidad por todas las causas en mujeres, independientemente del control del INR [19].

En cuanto a la puntuación en la escala CHA_2DS_2-VASc, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos en esta muestra (p = 0,405). Las mujeres presentaron una media de 6,18 y los hombres de 6,36. Si bien esta escala otorga un punto adicional por sexo femenino, lo cual ha sido criticado por sobrestimar el riesgo en mujeres jóvenes sin comorbilidades [19], este sesgo se atenúa en pacientes mayores, como los incluidos en este estudio.

La escala CHA_2DS_2-VASc permite estimar el riesgo anual de ACV en pacientes con FANV, asignando puntos por edad, hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca, antecedentes de ictus y sexo femenino. Una puntuación de 0 en varones o 1 en mujeres se considera de bajo riesgo, mientras que una puntuación de ≥2 en varones o ≥3 en mujeres indica riesgo elevado, recomendando anticoagulación oral [20].

Algunos autores sostienen que el riesgo de ACV en mujeres con FANV se incrementa notablemente a partir de los 75 años, lo que justifica un control más riguroso de los factores de riesgo en este grupo [21]. Ko *et al*. [22], en una revisión de cohortes, señalaron que, en ciertos grupos, las diferencias entre sexos fueron estadísticamente significativas (p <0,05), aunque con impacto clínico limitado. De manera similar, Westerman *et al.*[12] reportaron una diferencia significativa entre hombres y mujeres (p <0,001) en una muestra más joven, lo que contrasta con nuestros hallazgos y que podría atribuirse a la mayor edad y carga de comorbilidades en ambos grupos de nuestra muestra [12].

Por su parte, la escala HAS-BLED se utiliza para estimar el riesgo de hemorragia mayor en pacientes anticoagulados, considerando factores como hipertensión, función renal o hepática alterada, antecedentes de sangrado, labilidad del INR, edad avanzada, consumo de alcohol y uso concomitante de fármacos que aumentan el riesgo hemorrágico. Una puntuación de ≥3 puntos se asocia con riesgo elevado de sangrado, lo que no contraindica la anticoagulación, pero sí exige una vigilancia más estrecha y corrección de factores modificables [20]. No obstante, la evidencia indica que, si se usan correctamente, los ACOD son más seguros que los AVK, incluso en pacientes con alto riesgo de hemorragias, como se demostró en el estudio ARISTOTLE [23].

Aunque nuestros datos no muestran diferencias significativas en la evolución clínica por sexo (p = 0,932), otras publicaciones, como la Guía ESC 2020, señalan que la mortalidad por todas las causas es hasta dos veces mayor en mujeres con FANV [24]. Castro-Clavijo *et al.*[25] también reportó una mayor carga de comorbilidades y recurrencias en mujeres hospitalizadas por FANV. Del mismo modo, el registro ORBIT-AF II evidenció complicaciones hospitalarias frecuentes en pacientes mayores con FANV, especialmente mujeres [26]. Finalmente, otros autores destacan que los efectos adversos y la evolución clínica en FANV muestran claras diferencias de sexo, que aún no están suficientemente abordadas en la práctica clínica [27,28].

Entre las limitaciones del estudio se destacan el diseño retrospectivo y el uso exclusivo de fichas clínicas, lo que puede introducir sesgos de información. Además, al tratarse de un único centro hospitalario, la generalización de los resultados es limitada. A esto se suma el error histórico sobre la representación de mujeres en ensayos clínicos cardiovasculares, lo que continúa dificultando una comprensión integral del impacto del género en FANV. Por otro lado, se identificó la ausencia de datos sobre el índice de masa corporal (IMC) en los registros clínicos, lo que representa una limitación relevante en el análisis del riesgo cardiovascular y sugiere oportunidades de mejora en la calidad del registro institucional. Asimismo, las comorbilidades no pudieron ser analizadas en profundidad, ya que las fichas seleccionadas consignaban directamente los puntajes de CHADS-VASc y HAS-BLED sin detallar cada componente clínico. Este resultado requiere confirmación en estudios multicéntricos con muestras más amplias.

En conclusión, los resultados obtenidos no evidencian diferencias significativas entre hombres y mujeres en la evolución clínica ni en la respuesta al tratamiento en FANV. Sin embargo, es fundamental que los futuros estudios incorporen un enfoque de sexo desde su diseño, con una adecuada representación de hombres y mujeres, con sus análisis diferenciados. Esto es clave para avanzar hacia una medicina más equitativa, basada en evidencia sólida y sensible a las necesidades específicas de cada paciente.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de autores

Conceptualización: Ana Carolina Benítez González, Saddy Pamela Vargas López, Rommel Hernán Sapriza Bogarín
Curación de datos: Ana Carolina Benítez González, Laura Silvana Aria Zaya
Análisis formal: Laura Silvana Aria Zaya, Edgar Augusto Ortega Filártiga
Investigación: Saddy Pamela Vargas López
Metodología: Rommel Hernán Sapriza Bogarín
Redacción borrador original: Ana Carolina Benítez González, Laura Silvana Aria Zaya
Redacción revisión y edición: Ana Carolina Benítez González, Laura Silvana Aria Zaya

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 7];42(5):373–498. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612

2. Kornej J, Börschel ChS, Benjamin EJ, Schnabel RB. Epidemiology of atrial fibrillation in the 21st century: Novel methods and new insights. Circ Res [Internet] 2020 [cited 2024 Oct 7];127(1):4–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716709/

3. Lip G, Freedman B, De Caterina R, Potpara TS. Stroke prevention in atrial fibrillation: Past, present and future. Comparing the guidelines and practical decision-making. Thromb Haemost [Internet] 2017 [cited 2024 Oct 7];117(7):1230–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28597905/ Subscription required

4. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. Circulation [Internet] 2014 [cited 2024 Oct 7];129(8):837–47. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24345399/

5. González-Hermosillo JA, Baños-González MA, Guevara-Valdivia ME, Vázquez-Acosta JA, Odín de Los Ríos Ibarra M, Aguilar-Linares KA, et al. Gender differences and management of stroke risk of nonvalvular atrial fibrillation in an upper middle-income country: Insights from the CARMEN-AF registry. Int J Cardiol Heart Vasc [Internet]. 2019. [cited 2024 Oct 7]; 22: 117-22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30705937/

6. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, Singer DE. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA [Internet] 2001 [cited 2024 Oct 7];285(18):2370–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.18.2370

7. Wilson RE, Rush KL, Reid RC, Laberge CG. Gender and the Symptom Experience before an atrial fibrillation diagnosis. West J Nurs Res [Internet] 2021 [cited 2024 Oct 7];43(12):1093–104. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/0193945921999448

8. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, et al. 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines and the Heart Rhythm Society in collaboration with the Society of Thoracic Surgeons. Circulation [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 7];140(2): e125-e151. Available from:

http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000665
9. Rago A, Pirozzi C, D'Andrea A, Di Micco P, Papa AA, D'Onofrio A, et al. Gender differences in atrial fibrillation: From the thromboembolic risk to the anticoagulant treatment response. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 7];59(2):254. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/medicina59020254
10. Islam S, Dover DC, Daniele P, Hawkins NM, Humphries KH, Kaul P, et al. Sex differences in the management of oral anticoagulation and outcomes for emergency department presentation of incident atrial fibrillation. Ann Emerg Med [Internet] 2022 [cited 2024 Oct 7];80(2):97–107. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35469679/
11. Rathfoot C, Edrissi C, Sanders CB, Knisely K, Poupore N, Nathaniel T. Gender differences in comorbidities and risk factors in ischemic stroke patients with a history of atrial fibrillation. BMC Neurol [Internet] 2021 [cited 2024 Oct 7];21(1):209. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12883-021-02214-8
12. Westerman S, Wenger N. Gender differences in atrial fibrillation: A review of epidemiology, management, and outcomes. Curr Cardiol Rev [Internet] 2019 [cited 2024 Oct 7];15(2):136–44. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30516110/
13. Noubiap JJ, Thomas G, Nyaga UF, Fitzgerald JL, Gallagher C, Middeldorp ME, Sanders P. Sex disparities in enrollment and reporting of outcomes by sex in contemporary clinical trials of atrial fibrillation. J Cardiovasc Electrophysiol. 2022 May;33(5):845-854. doi: 10.1111/jce.15421. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35178812/
14. Mantilla-Villabona LY, Ospina-Galeano DC, Gutiérrez-Ortiz AJ, Camacho PA. Pacientes con fibrilación auricular atendidos en consulta de atención primaria de una institución de alta complejidad . Rev Colomb Cardiol [Internet] . 2018;25(2):124-130. Disponible en:https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-pacientes-con-fibrilacion-auricular-atendidos-S0120563317302097
15. Kassim NA, Althouse AD, Qin D, Leef G, Saba S. Gender differences in management and clinical outcomes of atrial fibrillation patients. J Cardiol [Internet] 2017 [cited 2024 Oct 7];69(1):195–200. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262176/
16. García-Martínez D, Osuna-Sánchez J, Pérez-Belmonte LM, de Teresa-Galván E. Enfermedad cardiovascular y nivel educacional en España, periodo 2005-2014: análisis por comunidades/ciudades autónomas [Carta científica]. REC CardioClinics [Internet]. 2019 [citado 7 Oct 2024]; 54(1): 53-5. Disponible en: https://www.reccardioclinics.org/es-enfermedad-cardiovascular-nivel-educacional-espana-articulo-S2605153219300111
17. Durán-Bobín O, Elices-Teja J, González-Melchor L, Vázquez-Caamaño M, Fernández-Obanza E, Eva González-Babarro E, et al. Differences in the clinical profile and management of atrial fibrillation according to gender. Results of the Registro Gallego Intercéntrico de Fibrilación Auricular (REGUEIFA) trial. J Clin Med [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 7]; 10(17): 3846. Available from: https://www.mdpi.com/2077-0383/10/17/3846
18. Castro-Clavijo JA, Quinterob S, Valderramab F, Diaztaglec JJ, Ortegad J. Prevalencia de brilación auricular en pacientes hospitalizados por Medicina interna. Rev. colomb. cardiología [Internet]. 2020 [citado 7 Oct 2024]; 27(6): 557-63. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-prevalencia-fibrilacion-auricular-pacientes-hospitalizados-S0120563319301044
19. Barrios V, Escobar C, Lobos JM, Polo J, Vargas D. Uso de los anticoagulantes orales de acción directa en atención primaria: Estudio ACTUA. Semergen [Internet]. 2017 [citado 7 Oct 2024]; 43(7):477–85. Disponible en:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359316302155?via%3Dihub
20. Pérez-Copete J, Esteve-Pastor MA, Roldán V, Valdés M, Marín F. Escalas de evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico en la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2016 [citado 7 Oct 2024]; 16 [Supl. A]:25–32. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-escalas-evaluacion-del-riesgo-tromboembolico-articulo-S1131358716300115
21. Shiyovich A, Chodick G, Azani L, Tirosh M, Shuvy M, Pereg D, Katz A, Minha S. Sex-specific contemporary trends in incidence, prevalence and survival of patients with non-valvular atrial fibrillation: A long-term real-world data analysis. PLoS One. 2021 Feb 18;16(2):e0247097. doi: 10.1371/journal.pone.0247097. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33600504/
22. Ko D, Rahman F, Schnabel RB, Yin X, Benjamin EJ, Christophersen IE. Atrial fibrillation in women: epidemiology, pathophysiology, presentation, and prognosis. Nat Rev Cardiol [Internet]. 2016 [cited 2024 Oct 7];13(6):321–32. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27053455/
23. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med [Internet]. 2011 [cited 2024 Oct 7];365(11):981–92. Available from: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1107039
24. Ohlrogge AH, Schnabel RB. Atrial fibrillation in women. En: Maas AH, Gerdts E, Eds. Manual of cardiovascular disease in women. Cham: Springer; 2024. p. 297–314
25. Khaing E, Aroudaky A, Dircks D, Almerstani M, Alziadin N, Frankel S, et al. Representation of Women in Atrial Fibrillation Ablation Randomized Controlled Trials: Systematic Review. J Am Heart Assoc. 2025 Jan 21;14(2):e035181. doi: 10.1161/JAHA.124.035181. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39791402/
26. Potpara TS, Blomstrom-Lundqvist C. Sex-related differences in atrial fibrillation: can we discern true disparities from biases? Heart. 2017 Jul;103(13):979-981. doi: 10.1136/heartjnl-2016-311085. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28456754/
27. Steinberg BA, Shrader P, Pieper K, Thomas L, Allen LA, Ansell J, et al. Frequency and outcomes of reduced dose non-vitamin K antagonist anticoagulants: Results from ORBIT-AF II (The Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation II). J Am Heart Assoc [Internet]. 2018 [cited 2024 Oct 7];7(4): e007633. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29453305/
28. Liao JN, Huang YS, Tsai CT, Kuo L, Chen SJ, Tuan TC, et al. Gender differences in patients with atrial fibrillation receiving oral anticoagulants. Rev Cardiovasc Med [Internet] 2024 [cited 2024 Oct 7];25(3):92. Available from: http://dx.doi.org/10.31083/j.rcm2503092