

Diferencias en las características y el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular seguidos por cardiólogos y por otros especialistas



Differences in the Characteristics and Management of Patients With Atrial Fibrillation Followed-up by Cardiologists and Other Specialists

Sr. Editor:

La prevalencia de fibrilación auricular (FA) es elevada, y en España es del 4,4% de la población mayor de 40 años¹. Su tratamiento ha sufrido importantes cambios, debido a la aparición de nuevos anticoagulantes directos, el desarrollo de la ablación de la FA y nuevas escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico². Estos avances han producido también una mayor complejidad en su tratamiento. Dada su gran prevalencia, se sigue a muchos pacientes en ámbitos no cardiológicos (medicina interna [MI], atención primaria [AP]), y no hay datos en España sobre posibles diferencias en el tratamiento según el tipo de especialista. En el último año se han publicado varios registros sobre FA no valvular en España, pero la mayoría incluyen a pacientes atendidos solo en cardiología³ o AP⁴. En el estudio FANTASIA (Fibrilación Auricular: influencia del Nivel y Tipo de Anticoagulación Sobre la Incidencia de Ictus y Accidentes hemorrágicos)⁵ sí se incluyó, por diseño, a pacientes atendidos en ambos entornos médicos, así como en MI.

Se analizaron las características basales de los pacientes seguidos por cardiólogos y no cardiólogos (MI/AP). Entre junio de 2013 y octubre de 2014, 100 investigadores (el 81% cardiólogos, el 11% de AP y el 8% de MI) incluyeron a 2.178 pacientes con FA no valvular consecutivos vistos en consultas ambulatorias en toda España. Todos los investigadores trabajaban en centros del sistema público de salud. La selección de centros e investigadores se hizo de manera no aleatoria, por invitación del comité científico, siguiendo criterios de distribución territorial por comunidades autónomas y

nivel de hospital (un tercio de cada nivel: primario, secundario y terciario).

La media de edad era 73,8 ± 9,2 años y las mujeres compusieron el 42,5% de la muestra. No hubo diferencias respecto a estas variables entre los pacientes atendidos por MI y AP ni entre los atendidos en consultas hospitalarias y los de consultas ambulatorias de cardiología. La edad de los pacientes de MI/AP resultó 4 años superior (tabla 1). Hubo una proporción de hipertensión arterial y diabetes mellitus ligeramente mayor entre los pacientes de MI/AP. La prevalencia de cardiopatía previa fue elevada, en torno al 48%, similar en ambos grupos. No hubo diferencias en los antecedentes de hemorragias ni en relación con la mayoría de las cardiopatías (incluida la enfermedad coronaria) (tabla 1), con la excepción de la insuficiencia cardiaca, más frecuente (el 32 frente al 27%; p = 0,049) en los pacientes seguidos por MI/AP. La FA fue con mayor frecuencia paroxística en los pacientes seguidos por cardiología (p < 0,001) (tabla 1). Los antecedentes de realización de cardioversión eléctrica y ablación de FA, aunque bajos en ambos grupos, fueron más frecuentes en el grupo seguido por cardiólogos. El riesgo tromboembólico fue alto, y mayor en los pacientes de MI/AP (valores medios de CHA₂DS₂-VASc, 4,15 frente a 3,60; p < 0,001). El riesgo hemorrágico, estimado por la escala HAS-BLED, fue moderado, aunque mayor en los pacientes de MI/AP (tabla 1).

El tratamiento farmacológico cardiovascular general fue similar en ambos grupos, con una proporción de diuréticos, antiagregantes y estatinas ligeramente mayor en MI/AP (tabla 2). Los cardiólogos usaron más la estrategia de control del ritmo (el 43,7 frente al 17,3%; p < 0,001), aunque en ambos grupos fue mayoritaria la de control de la frecuencia (tabla 2). Los pacientes seguidos por cardiólogos recibieron en mayor proporción fármacos antiarrítmicos profilácticos (el 26,9 frente al 15,3%; p < 0,001). Todos los pacientes recibían anticoagulantes, por diseño del estudio. En los pacientes con antagonistas de la vitamina K, el tiempo en rango terapéutico por el método de Rosendaal fue similar, en torno al 61% de los días (tabla 2). El porcentaje de pacientes mal controlados con antagonistas de la vitamina K (tiempo en rango terapéutico < 65%)

Tabla 1

Características demográficas, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades y antecedentes hemorrágicos y cardiológicos en el total de la serie y comparación entre los pacientes atendidos por cardiólogos y por no cardiólogos

	Todos	Cardiología	MI/AP	p [*]
Pacientes, n	2.178	1.765	413	
Datos demográficos				
Edad (años)	73,8 ± 9,2	73,1 ± 9,1	77,1 ± 9,4	< 0,001
Sexo femenino	43,85	42,49	49,64	0,008
Situación laboral: empleado	8,72	9,58	5,08	0,013
Estudios universitarios	7,85	8,27	6,05	0,131
Comorbilidad y factores de riesgo cardiovascular				
Antecedentes de hipertensión arterial	80,39	79,66	83,54	0,074
Antecedentes de hiperlipemia	52,30	51,50	55,69	0,125
Antecedentes de diabetes	29,57	28,50	34,14	0,024
Antecedentes de tabaquismo	37,05	37,34	4,60	0,676
Fumador actual	5,00	5,10	4,60	0,432
EPOC/SAOS	17,54	17,39	18,16	0,712
Insuficiencia renal	18,92	18,30	21,55	0,129
Diálisis	0,69	0,68	0,73	0,918
Historia de cáncer	8,31	8,33	8,23	0,949
Arteriopatía periférica	6,24	5,84	7,99	0,103
Historia de ictus/AIT	17,13	16,66	19,13	0,230
Ictus hemorrágico	1,01	0,96	1,21	0,346

Tabla 1 (Continuación)

Características demográficas, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades y antecedentes hemorrágicos y cardiológicos en el total de la serie y comparación entre los pacientes atendidos por cardiólogos y por no cardiólogos

	Todos	Cardiología	MI/AP	p ^a
<i>Embolia no cerebral previa</i>	2,07	1,93	2,66	0,343
<i>Disfunción tiroidea</i>	11,52	11,84	10,17	0,338
<i>Abuso de alcohol o drogas</i>	3,40	2,95	5,33	0,016
<i>Índice de Charlson resumido</i>	1,14 ± 0,77	1,11 ± 0,76	1,26 ± 0,78	0,031
Antecedentes hemorrágicos				
<i>Hemorragia mayor previa</i>	3,90	3,80	4,36	0,595
<i>Hemorragia que requirió transfusión</i>	34,12	29,85	50,00	0,109
<i>Hemorragia que requirió cirugía</i>	8,24	7,46	11,11	0,617
Cardiopatía previa				
<i>Cardiopatía previa</i>	47,15	47,48	45,76	0,529
<i>Insuficiencia cardíaca</i>	28,51	27,59	32,45	0,049
<i>IC con FE reducida (< 40%)</i>	12,26	12,86	9,69	0,044
<i>Enfermedad coronaria previa</i>	18,14	18,30	17,43	0,681
<i>Portador de stents coronarios</i>	9,14	9,58	7,26	0,142
<i>Miocardopatía dilatada</i>	11,29	12,29	7,02	0,002
<i>Valvulopatía aórtica</i>	3,08	2,83	4,12	0,174
<i>Hipertrofia del VI por hipertensión</i>	15,66	15,41	16,71	0,514
<i>Taquiarritmia previa</i>	6,34	6,57	5,33	0,350
<i>Bradiarritmia previa</i>	5,37	5,21	6,05	0,495
<i>Marcapasos</i>	6,34	5,78	8,72	0,027
<i>Resincronizador</i>	3,31	3,74	1,45	0,019
<i>DAI</i>	2,16	2,44	0,97	0,045
Antecedentes relacionados con la FA				
<i>Tipo de fibrilación auricular</i>				< 0,001
<i>Paroxística</i>	29,36	30,91	22,76	
<i>Persistente</i>	16,52	16,99	14,53	
<i>Persistente de larga duración</i>	4,69	4,20	6,78	
<i>Permanente</i>	49,42	47,90	55,93	
<i>Cardioversión eléctrica previa</i>	17,67	20,06	7,51	< 0,001
<i>Cardioversión farmacológica previa</i>	22,32	22,95	19,61	0,142
<i>Ablación previa FA</i>	4,00	4,60	1,45	0,003
<i>Cierre de orejuela previo</i>	0,32	0,34	0,24	0,750
<i>Escala CHADS₂</i>	2,24 ± 1,24	2,15 ± 1,22	2,46 ± 1,31	< 0,001
<i>Escala CHA₂DS₂-VASC</i>	3,70 ± 1,52	3,60 ± 1,45	4,15 ± 1,63	< 0,001
<i>Escala HAS-BLED</i>	2,01 ± 1,24	1,91 ± 1,12	2,40 ± 1,53	< 0,001
<i>Ritmo sinusal en el ECG basal</i>	33,63	36,79	20,15	< 0,001
<i>FA en el ECG basal</i>	60,19	57,63	71,12	< 0,001

AIT: accidente isquémico transitorio; AP: atención primaria; DAI: desfibrilador automático implantable; ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; FE: fracción de eyección; IC: insuficiencia cardíaca; MI: medicina interna; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; VI: ventrículo izquierdo.

Salvo otra indicación, los valores expresan porcentajes o media ± desviación estándar.

^a Bilateral.

fue alto, > 50%, aunque similar en ambos grupos (el 53,7 y el 52,7%).

Nuestro estudio aporta datos sobre las diferencias en las características y el tratamiento de los pacientes con FA no valvular seguidos por cardiólogos y no cardiólogos en una amplia muestra de pacientes de la «vida real». Sus principales conclusiones son: a) en la muestra analizada se aprecian algunas diferencias entre los pacientes atendidos por cardiólogos y por no cardiólogos, y los de MI/AP son más ancianos (media de edad 4 años mayor) y con mayor prevalencia de comorbilidades (sobre todo diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca conservada, mayor índice de Charlson y CHA₂DS₂-VASC y HAS-BLED más altos); b) existe una alta prevalencia, en torno al 50%, de enfermedad cardíaca

estructural; c) en general, el tratamiento antiarrítmico realizado es preferentemente «conservador», con claro predominio de la estrategia de control de la frecuencia sobre la de control del ritmo; d) se usan mucho más las estrategias de control de ritmo y sus procedimientos asociados en los pacientes seguidos por cardiólogos, lo que en parte puede estar en relación con la diferencia de edades y el tipo de FA, y e) aunque por diseño todos los pacientes debían estar anticoagulados, por lo que no se puede extraer conclusiones sobre diferencias en la adecuación de las indicaciones de anticoagulación, la calidad de la anticoagulación de los pacientes que reciben antagonistas de la vitamina K es pobre y similar en ambos grupos (más del 50% de los casos con un tiempo en rango terapéutico < 65%, datos similares a los de otros estudios

Tabla 2

Tratamiento farmacológico, antiarrítmico y anticoagulante en el total de la serie y comparación entre los pacientes atendidos por cardiólogos y por no cardiólogos

	Todos	Cardiología	MI/AP	p*
Pacientes, n	2.178	1.765	413	
Estrategia de control en la visita inicial				
Ritmo	38,70	43,69	17,43	< 0,001
Frecuencia	61,30	56,31	82,57	
Fármacos cardiovasculares generales				
Diuréticos	57,38	56,09	62,86	0,012
Antialdosterónicos	13,88	13,38	16,02	0,164
IECA	31,18	30,87	32,52	0,513
ARA-II	40,13	39,64	42,23	0,333
Estatinas	54,57	53,53	58,98	0,046
Antiagregantes	10,42	9,23	15,53	< 0,001
BB	60,29	59,91	61,89	0,459
Digoxina	18,04	18,05	17,96	0,965
Antagonistas del calcio				0,051
No	75,92	76,25	74,51	
Dihidropiridínicos	13,65	12,98	16,50	
Verapamilo	2,40	2,73	0,97	
Diltiazem	8,03	8,03	8,01	
Fármacos antiarrítmicos	24,82	26,99	15,53	< 0,001
Tipo de antiarrítmico				
Flecainida	8,95	9,97	4,61	0,124
Propafenona	0,65	0,74	0,24	0,324
Amiodarona	12,18	12,70	9,95	0,156
Dronedarona	2,58	3,08	0,49	0,125
Sotalol	0,46	0,51	0,24	0,423
Combinaciones de fármacos				
Frenadores				
BB+digoxina+antagonista del calcio	13,73	13,78	13,56	0,764
BB+digoxina	0,28	0,23	0,48	0,369
BB+antagonista del calcio	10,33	10,37	10,17	0,905
BB+antagonista del calcio	0,64	0,57	0,97	0,357
Digoxina+antagonista del calcio	2,48	2,61	1,94	0,431
Antiarrítmicos+frenadores				
Antiarrítmico+BB	14,90	15,87	9,69	< 0,001
Antiarrítmico+BB	13,09	14,11	8,72	0,003
Antiarrítmico+digoxina	0,37	0,4	0,24	0,64
Antiarrítmico+antagonista del calcio	1,24	1,36	0,73	0,295
Tratamiento anticoagulante				
AVK	75,51	74,77	78,64	0,123
ACOD	24,49	25,23	21,36	0,168
TRT Rosendaal (% de días en rango)	61,2 ± 23,2	61,4 ± 23,2	60,5 ± 22,9	0,458
TRT < 65%	52,98	52,79	53,77	0,753

ACOD: anticoagulantes directos; AP: atención primaria; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; AVK: antagonistas de la vitamina K; BB: bloqueadores beta; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; MI: medicina interna; TRT: tiempo en rango terapéutico.

Salvo otra indicación, los valores expresan porcentajes o media ± desviación estándar.

* Bilateral.

recientes en nuestro país^{3,4}). Es fundamental mejorar esta situación, con independencia del ámbito de tratamiento y seguimiento.

FINANCIACIÓN

El registro FANTASIIA cuenta con una beca no condicionada de Pfizer/Bristol-Myers-Squibb.

Lucía Carnero Montoro^a, Inmaculada Roldán Rabadán^b, Francisco Marín Ortuño^c, Vicente Bertomeu Martínez^d, Javier Muñoz García^e y Manuel Anguita Sánchez^{a,*} por los investigadores del Estudio FANTASIIA

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^bServicio de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

^eInstituto de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: m.anguita.sanchez@hotmail.com

(M. Anguita Sánchez).

On-line el 20 de diciembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Alonso-Martin J, et al. en representación de los colaboradores del estudio OFRECE. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:259–269.

2. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation in collaboration with EACTS. *Eur Heart J.* 2016;37:2893–2962.
3. Anguita M, Bertomeu V, Cequier A. en representación de los investigadores del estudio CALIFA. Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores asociados. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:761–768.
4. Barrios V, Escobar C, Prieto L, et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:769–776.
5. Bertomeu-González V, Anguita M, Moreno-Arribas J, et al. for the FANTASIA Study Investigators. Quality of Anticoagulation With Vitamin K Antagonists. *Clin Cardiol.* 2015;38:357–364.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.016>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.