

Fibrilación auricular conocida en un centro de salud rural

Rosendo Bugarín González
Médico de Familia. Centro de Salud de Calo-Teo

Laura Vela Flórez
Médico Residente de MFyC. Gerencia de Atención Primaria de Santiago

M^a Dolores Martínez García
DUE. Centro de Salud de Calo-Teo

M^a José Piñeiro Vidal
Médico Residente de MFyC. Gerencia de Atención Primaria de Santiago

Gustavo Brea Torres
Médico Residente de MFyC. Gerencia de Atención Primaria de Santiago

Iyad Abuward
Médico Residente de MFyC. Gerencia de Atención Primaria de Santiago

M^a Luz Pereira Lobarriñas
DUE. Centro de Salud de Calo-Teo

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Pág. 198-203

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de fibrilación auricular conocida en un centro de salud de ámbito rural y describir las variables epidemiológicas de estos pacientes así como sus principales datos clínicos asociados y tratamientos que están realizando.

Diseño: estudio transversal descriptivo.

Participantes: pacientes de cualquier edad con fibrilación auricular documentada en el registro de crónicos de IANUS y/o en la historia clínica de un cupo del centro de salud de Calo-Teo.

Mediciones principales: prevalencia, edad, sexo, tipo de fibrilación auricular, antecedentes, cardiopatía asociada, eventos cardiovasculares sufridos, tratamiento recibido para la prevención de embolias y tratamiento farmacológico específico para mantener el ritmo sinusal y/o controlar la frecuencia cardíaca.

Resultados: 39 casos; 20 mujeres (51,28%) con una edad media de 72,51 ($\pm 14,45$) años. Un total de 30 (76,92%) tienen 65 o más años y el 71,79% (28 casos) son crónicas. Antecedentes: 26 (66,67%) hipertensos y 7 (17,95%) diabéticos. Cardiopatía estructural: 8 (20,51%) valvulopatías, 11 (28,21%) con cardiopatía isquémica y 14 (35,9%) con insuficiencia cardíaca. Eventos embolígenos previos: 7 (17,95%) pacientes. Tratamiento antiembolígeno: 28 (71,79%) pacientes anticoagulados; 9 (23,08%) pacientes antiagregados. Tratamiento antiarrítmico: 76,92% de los pacientes (30 casos). Los fármacos más empleados son los betabloqueantes: 16 pacientes (41,03%).

Conclusiones: Se confirma la alta prevalencia. No encontramos diferencias atribuidas al sexo. La comorbilidad de nuestros pacientes

es superponible a la descrita en otros estudios publicados. En cambio obtenemos, claramente, unos mejores resultados en las tasas de anticoagulación y de pacientes tratados con betabloqueantes.

PALABRAS CLAVE:

Fibrilación auricular, Anticoagulación oral, Betabloqueantes

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es el trastorno del ritmo cardíaco más frecuente en la práctica clínica y la que genera mayor número de consultas a los servicios de urgencias y más días de ingreso hospitalario, por encima de las arritmias ventriculares¹.

La presencia de FA es responsable de 30.000-40000 ictus al año en Estados Unidos y aumenta en 5-6 veces el riesgo de ictus cerebral independientemente de la edad. Este riesgo se multiplica por 18 si además de la FA hay cardiopatía estructural². Por el simple hecho de padecer una FA, el riesgo relativo de muerte es aproximadamente dos veces superior al de la misma población en ritmo sinusal².

Es importante su diagnóstico precoz ya que existen evidencias de que un tratamiento adecuado anticoagulante o antiagregante, según los casos, disminuye el riesgo de accidente cerebro-vascular. Además, el control de la frecuencia evita complicaciones como por ejemplo la insuficiencia cardíaca. Existen estudios, alguno de ellos realizado en Galicia, que indican que la FA puede actuar como desencadenante en casi la mitad de los casos de insuficiencia cardíaca^{3,4}.

Puede aparecer tanto en individuos sanos como asociada a cualquier tipo de cardiopatía. Existe una serie de situaciones que suponen un mayor riesgo de desarrollar esta arritmia. Entre ellas destacan además de la edad, la hipertensión arterial, la diabetes, la cardiopatía isquémica y las alteraciones valvulares.

Parece claro que el factor más determinante es la edad. Tal es así, que en los últimos años está incrementando su prevalencia debido

CORRESPONDENCIA:

Rosendo Bugarín González
Centro de Salud de Calo; Folgueiras s/n – Teo (A Coruña)
Teléfono: 981814106 • rosendobugarin@yahoo.com

al envejecimiento de la población y a la mayor supervivencia de los pacientes con cardiopatías⁵. Esto explica que en nuestro medio, predominen los estudios realizados en población anciana^{1,5,6} y sean muy escasos aquellos que analizan la frecuencia del problema en la población general. Además, es llamativa la disparidad en las prevalencias aportadas por los diferentes investigadores.

El propósito de este trabajo es determinar la prevalencia de FA conocida, en cualquier edad, en un centro de salud de ámbito rural y describir las variables epidemiológicas de estos pacientes así como sus principales datos clínicos asociados y tratamientos que están realizando. Algunos autores como Ceresne y Upshur⁷ señalan que este tipo de estudios tiene interés en la práctica clínica habitual ya que sirve para evaluar y detectar a pacientes que no están recibiendo un tratamiento óptimo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se realizó en el Centro de Salud de Calo perteneciente al ayuntamiento de Teo (A Coruña). La búsqueda de datos se efectuó durante el mes de enero de 2008. Se estudió un cupo médico formado por 2.029 personas de las cuales 1.075 (52,98%) son varones. Se descartaron 90 personas incapaces de una residencia ya que, aun-

que adscritas al cupo, reciben cuidados sanitarios por otros profesionales incluidas las prescripciones farmacológicas. Las personas de 65 o más años, suponen el 21,64% de la población (439 pacientes).

La recogida de los datos se realizó a través del registro de crónicos del programa IANUS realizando una búsqueda de todos los códigos CIAP "K78 " "Fibrilación/aleteo auricular". Además, se revisaron todas las historias clínicas del cupo buscando antecedentes de FA. Se seleccionaron las historias en las que se detectó dicho antecedente y a través de ellas se elaboró una base de datos en la que se codificaron las siguientes variables clínicas y epidemiológicas: edad, sexo, tipo de FA (permanente o crónica, no permanente), antecedentes (hipertensión arterial, diabetes), cardiopatía asociada (ninguna, valvulopatía, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca), eventos cardiovasculares sufridos (neurológicos, miembros, otros), tratamiento recibido para la prevención de embolias (ninguno, antiagregante, anticoagulante oral) y tratamiento farmacológico específico para mantener el ritmo sinusal y/o controlar la frecuencia cardiaca (ninguno, betabloqueantes, calcioantagonistas, digoxina, amiodarona, flecainida).

El programa informático utilizado fue el Microsoft Office Excell 2003. El proceso estadístico consiste en un análisis descriptivo. Las variables



estar con
mis hijos
felicidad mejor
del día!

EFICACIA EN
DEPRESIÓN

En depresión,
usted puede marcar
la diferencia.

- **Dobupal Retard[®]**, antidepressivo de acción dual: **inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina.**
- **Dobupal Retard[®]**, tratamiento de elección en pacientes:
 - con depresión endógena⁽¹⁾
 - con depresión recurrente^(2,3)
 - con depresión resistente a ISRS^(4,5)
 - depresivos somatizadores^(6,7)

10 AÑOS DE
ÉXITO
Evidencia
Científica



numéricas se presentan en forma de media \pm desviación estándar (DE) y las variables cuantitativas se describen mediante sus frecuencias expresadas en porcentajes.

RESULTADOS

Aparecieron un total de 39 casos después de haber descartado a 3 pacientes internos en una residencia de personas mayores (ver esquema general del estudio). Corresponden a mujeres 20 casos (51,28%). De todos ellos, tienen una edad de 65 o más años un total de 30 (76,92%) y dentro de este grupo, son del sexo femenino 18 casos, representando un 90% de todas las mujeres y un 60% de todos los pacientes de 65 o más años (las prevalencias se muestran en la tabla 1). La edad media global es de 72,51 ($\pm 14,45$) años. La edad media de los hombres es de 66,58 ($\pm 16,22$) años y la de las mujeres de 78,15 ($\pm 9,6$). El paciente de menor edad tiene 24 años y 98 el mayor.

TABLA 1

Fibrilación auricular según edad y sexo

	Nº total	Prevalencia	Mujeres	Prevalencia mujeres	Hombres	Prevalencia hombres
FA TOTAL						
Población	39	1,92	20	2,1	19	1,77
65 o más años	30 (76,92%)	6,83	18 (90%)	8,96	12 (63,16%)	8,7%
FA PERMANENTE (CRÓNICA)						
Población	28	1,38	16	1,68	12	1,12
65 o más años	23 (82,14%)	5,24	14 (87,5%)	6,97	9 (75%)	6,52

Del total de las 39 FA documentadas, se trataban de crónicas o permanentes 28 (71,79%) casos. Un grupo de 23 (82,14%) tienen 65 o más años y son mujeres 16 (57,14%) de las cuales están en ese grupo de edad 14 (las prevalencias se muestran en la tabla 1).

Entre los antecedentes, destacan ser hipertensos un total de 26 (66,67%) pacientes y diabéticos 7 (17,95%). Dos casos son a la vez hipertensos y diabéticos.

No tienen cardiopatía estructural 14 (35,9%) pacientes, mientras que 8 (20,51%) tienen antecedentes de valvulopatía, 11 (28,21%) de cardiopatía isquémica y 14 (35,9%) de insuficiencia cardiaca.

Sufrieron eventos embolígenos previos 7 (17,95%) pacientes de los que 5 (12,82%) se produjeron en el sistema nervioso y 2 (5,13%) en otras localizaciones.

Están anticoagulados el 71,79% de los pacientes (28) y antiagregados el 23,08% (9). Dos casos no reciben tratamiento anticoagulante ni antiagregante. La distribución según el tipo de FA se detalla en la tabla 2.

El 76,92% de los pacientes (30 casos) reciben, de forma crónica, algún tratamiento antiarrítmico/controlador de la frecuencia cardiaca. En este sentido, los fármacos más empleados son los betabloqueantes ya que los tienen prescritos 16 pacientes (41,03%), le sigue a continuación la digoxina con 10 (25,64%), los calcioantagonistas con 6 (15,38%), la amiodarona con 4 (10,26%) y, por último, la flecainida con 1 solo caso (2,56%). Un total de 7 de estos pacientes está a tratamiento de forma simultánea con dos de los anteriores fármacos.

TABLA 2

Tratamiento preventivo de las embolia

TIPO DE FA	ANTICOAGULACIÓN	ANTIAGREGACIÓN	NINGÚN TTO.
No permanente	4 (36,36%)	5 (45,45%)	2 (18,18%)
Permanente (crónica)	24 (85,71%)	4 (14,29%)	0
TOTAL FA	28 (71,79%)	9 (23,08%)	2 (5,13%)

DISCUSIÓN

Habitualmente las revisiones y guías clínicas distinguen FA paroxística (episodios autolimitados de duración inferior a 48 horas), FA persistente (aquella que dura entre 48 horas y 7 días y precisa de cardioversión ya sea eléctrica o química para resolverse) y FA permanente o crónica (aquella en la que no ha sido posible o bien no se ha considerado conveniente el restablecimiento del ritmo sinusal)². Nosotros para simplificar el estudio, únicamente distinguimos FA crónica o permanente y FA no permanente ya que en muchos casos podríamos tener dificultades para determinar si la recuperación del ritmo sinusal fue espontánea o mediante cardioversión.

Aunque todo el mundo está de acuerdo en lo relativo a la importancia de la FA por su elevada frecuencia, lo cierto es que los resultados epidemiológicos de los diferentes autores son bastante dispares entre otras cosas, porque también son dispares las metodologías. En la tabla 3 se detallan las prevalencias obtenidas en función de los métodos empleados de varias publicaciones al respecto realizadas en nuestro país y en otros. En general, las prevalencias más altas se obtienen en aquellas investigaciones que utilizan cribados con electrocardiografía para la detección de esta arritmia ya que hay que tener en cuenta que en muchos casos es asintomática^{8,9,10}. Hay trabajos^{1,11} que detectan una diferencia en torno a 0,5-1,5% cuando se compara la prevalencia obtenida mediante el análisis de historias clínicas con respecto a la obtenida mediante cribado activo. Es importante ya que este porcentaje teórico de pacientes estaría sin diagnosticar y podría beneficiarse de un tratamiento anticoagulante que evitaría las complicaciones de la FA. Sin embargo, resulta curioso que la prevalencia más alta que hemos encontrado en la búsqueda bibliográfica, haya sido obtenida mediante una investigación basada en una auditoría de historias clínicas: 3,9% en cualquier edad y 12,2% en pacientes de 60 o más años⁷. Aún así, creemos que la principal limitación de nuestro tra-

bajo es indudablemente el hecho de que se llevó a cabo a través de las historias clínicas. Es decir, con FA conocidas y, por lo tanto, no se realizó una búsqueda activa tratando de diagnosticar pacientes que padecen esta arritmia sin saberlo (lo que algunos autores denominan FA ocultas). Además, por este mismo motivo, también tiene otra limitación: se trata de población usuaria del centro de salud y no de la población general. En definitiva, no se trata de un estudio poblacional.

El ratio de FA crónicas/FA totales que hemos obtenido, cercano a 3/4, es similar al publicado en otros estudios¹².

No hay unanimidad en la literatura en lo relativo a la preponderancia del sexo en la FA. Algunos autores indican que es una arritmia que afecta predominantemente a varones⁵ y que a partir de los 75 años se iguala la incidencia en los sexos² mientras que otros encuentran una prevalencia significativamente mayor en las mujeres^{11,13}. Asimismo, interpretan que esta diferencia de género, puede deberse a una mayor longevidad de las mujeres. También hay trabajos que no encuentran asociación con el sexo⁶. Nuestros resultados parecen ir en ese mismo sentido.

Es de sobra conocida la asociación de FA con otras enfermedades crónicas, tal es así que se considera que el perfil del paciente con FA se corresponde con hipertensión arterial, diabetes mellitus, edad avanzada, insuficiencia cardiaca y enfermedad valvular². Uno de los

factores asociados con más fuerza con una mayor prevalencia de FA, aparte de la edad, es el diagnóstico de hipertensión arterial. En efecto, en varios estudios^{5,11,13,14}, incluido el nuestro se observa que entre el 60-70% de los pacientes con FA también habían sido diagnosticados de hipertensión arterial. La asociación entre la prevalencia de FA y la diabetes mellitus es más débil⁵, situándose en torno al 25-30% lo que también se corresponde con nuestros resultados. También son superponibles con otras series¹⁴ los porcentajes de pacientes con FA que sufren antecedentes de insuficiencia cardiaca y de cardiopatía isquémica.

Tanto el estudio CARDIOTENS¹³ como el Barbanza¹⁴ 2000, éste último realizado en nuestra área sanitaria, detectan una tasa muy baja de anticoagulación, por debajo del 40%. También Gayoso et al¹² describen, en un estudio realizado en nuestra Comunidad, resultados similares y matizan que es en el grupo de mayor edad donde con más frecuencia se produce el hecho de no recibir tratamiento anticoagulante estando indicado. Por ello, quedamos muy satisfechos con nuestros resultados de anticoagulación y todo nos hace pensar que, en este sentido, estamos haciendo las cosas bien. Tampoco obtenemos datos superponibles al estudio CARDIOTENS¹³ en lo relativo al manejo de antiarrítmicos ya que describe como fármaco más empleado la digoxina y una baja utilización de los betabloqueantes, hechos que no se producen en nuestra casuística. No hemos analizado el porcentaje de pacientes que están siendo tratados con IECA/ARA II y/o estatinas, pero está claro que en el futuro habrá que

TABLA 3

Prevalencia de la fibrilación auricular en diversos estudios

Estudio	Variable	Edad	Población	Ámbito	Captación de casos	Prevalencia
Wheeldon et al. (1998)	FA tras la realización de un ECG para el estudio	65 o más	Pacientes de 4 médicos de Sheffield (Reino Unido)	Atención Primaria	Invitación por carta para realizar un ECG	5,4%
Carroll et al. (2001)	Diagnóstico de FA en la práctica clínica	Cualquier edad	Multicéntrico (Inglaterra y Gales)	Atención Primaria	Pacientes que acuden a la consulta durante un año de una muestra de 60 médicos	2,9%
Labrador et al. (2001)	Realización de un ECG tras citación, con resultado de FA	Mayores de 65	Talavera de la Reina (Toledo)	Atención Primaria	Muestreo de pacientes de un centro de salud	5,6%
CARDIOTENS (2002)	FA crónica documentada mediante ECG previo (no se registraron las paroxísticas, persistentes o aisladas)	Cualquier edad	Multicéntrico (España)	Atención Primaria y Hospitalaria (consultas de cardiología)	Muestreo de los pacientes atendidos un día determinado en las consultas	4,8%
Ceresne et al. (2002)	Diagnóstico de FA en la documentación clínica	Cualquier edad	Sunnybrook (Canadá)	Atención Primaria	Auditoría de historias clínicas	3,9%
Robledo et al. (2005)	Palpación de pulso y, si es arrítmico, realización de ECG que confirme la FA	65 o más	Villava (Navarra)	Atención Primaria	Muestreo a partir de los que acuden a vacunación antigripal	6,35%
Fitzmaurice et al. (2007)	FA tras realización de un ECG sistemáticamente o tras palpación de pulso arrítmico	65 o más	Multicéntrico (Inglaterra)	Atención Primaria	Screening oportunístico o sistemático durante 1 año en muestra de pacientes de 50 centros	7,9%
González-Peredo et al (2007)	FA en ECG realizado para el estudio	60 o más	Dos cupos de Torrelavega (Santander)	Atención Primaria	ECG a todos los pacientes	7,9%
PREV-ICTUS (2007)	FA tras la realización de un ECG para el estudio	60 o más	Multicéntrico (España)	Atención Primaria	Muestreo aleatorio de cupos	8,5%

tener en cuenta estas variables ya que estudios recientes indican que estas familias de fármacos disminuyen la incidencia y las recurrencias de fibrilación auricular¹⁵.

En conclusión, nuestro trabajo destaca la importancia de la alta prevalencia de la fibrilación auricular. La comorbilidad de nuestros pacientes que sufren esta arritmia es superponible a la descrita en otros estudios publicados. En cambio obtenemos, claramente, unos mejores resultados en las tasas de anticoagulación y de pacientes tratados con betabloqueantes.

PUNTOS CLAVE

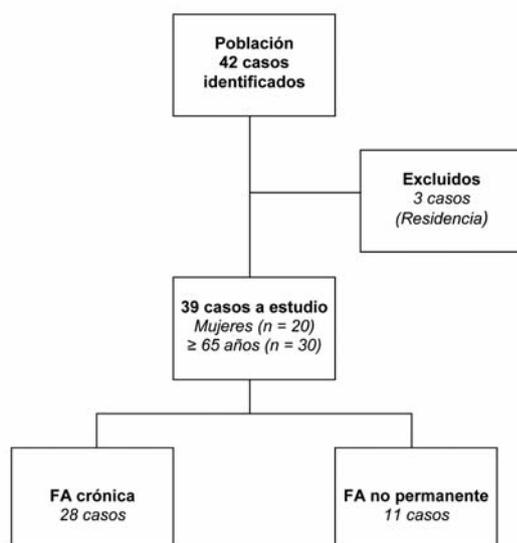
Hechos conocidos

- La FA es una arritmia muy frecuente, asociada o no a otros problemas de salud, que puede causar importantes complicaciones.
- Algunos autores describen una tasa de anticoagulación, en estos pacientes, inferior a la deseada.
- Este tipo de estudios tiene interés en la práctica clínica habitual ya que sirve para evaluar y detectar a pacientes que no están recibiendo un tratamiento óptimo.

Aportaciones de este estudio

- La prevalencia de FA, aunque alta, muestra resultados muy dispares en las distintas series probablemente por diferencias en su metodología.
- Se confirma la alta asociación de la FA a la hipertensión arterial y la alta comorbilidad de esta arritmia.
- Obtenemos unos resultados claramente mejores que los publicados, en nuestro medio, referidos a tasas de anticoagulación y manejo de betabloqueantes.

ESQUEMA DEL ESTUDIO



BIBLIOGRAFÍA

1. Robledo E, González P, Brugos A, García R, Barasoain P, Lorenzo A. Estudio de la prevalencia de la fibrilación auricular en la población de 65 o más. Validez de la toma de pulso radial como cribado de fibrilación auricular. *Semergen*.2005;31(7):303-6.
2. Gordillo AE. Fibrilación auricular. Revisión de un cardiólogo para la Atención Primaria. *Semergen*.2004;30(7):322-329.
3. Otero-Raviña F, Grigorian-Shamagian L, Fransi-Galiana L, Názara-Otero C, Fernández-Villaverde JM, del Álamo-Alonso A, et al. Estudio gallego de insuficiencia cardíaca en atención primaria (estudio GALICAP). *Rev Esp Cardiol*.2007;60(4):373-83.
4. Rodríguez GC, Barrios V, Aznar J, Llisterrí JL, Alonso FJ, Escobar C, et al. Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica asistidos en Atención Primaria. Estudio CARDIOPRES. *Rev Clin Esp*.2007;207(7):337-40.
5. Cea-Calvo L, Redón J, Lozano JV, Fernández C, Martí-Canales JC, Llisterrí JL et al. Prevalencia de fibrilación auricular en la prevención española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUS. *Rev Esp Cardiol*.2007;60(6):616-24.
6. Labrador MS, Merino R, Jiménez C, García Y, Segura A, Hernández C. Prevalencia de fibrilación auricular en mayores de 65 años de una zona de salud. *Aten Primaria*.2001.28(10):648-51.
7. Ceresne L, Upshur RE. Atrial fibrillation in a primary care practice: prevalence and management. *BMC Fam Pract*.2002;3:11.
8. Carroll K, Majeed A. Comorbidity associated with atrial fibrillation: a general practice-based study. *Br J Gen Pract*.2001;51(472):884-891.
9. Fitzmaurice DA, Hobbs FD, Jowett S, Mant J, Murray ET, Holder R, et al. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. *BMJ*.2007; 335(7616):383-9.
10. Wheeldon NM, Tayler DI, Anagnostou E, Cook D, Wales C, Oakley GD. Screening for atrial fibrillation in primary care. *Heart*.1998;79:50-55.
11. González-Peredo R, Muñoz-Esteban C, Amado-Fernández C, Riancho JA. Fibrilación auricular conocida y oculta en la población consultante de un área de salud. *Aten Primaria*.2007;39(2):106-7.
12. Gayoso P, Calle R, Prieto A, Herrera D, Sala AI, Gómez MD. Fibrilación auricular como factor de acontecimientos cerebrovasculares en personas mayores de 65 años: ¿es adecuada la práctica clínica en profilaxis anticoagulante?. *Aten Primaria*.2005;36(4):198-203.
13. García-Acuña JM, González-Juanatey JR, Alegría E, González I, Listerri JL. La fibrilación auricular permanente en las enfermedades cardiovasculares en España. Estudio CARDIOTENS 1999. *Rev Esp Cardiol*.2002;55(9):943-952.
14. Grupo Barbanza para el estudio de las enfermedades cardiovasculares. Características de los pacientes con cardiopatías en un área sanitaria de la provincia de A Coruña. Estudio Barbanza 2000. *Rev Clin Esp*.2003;203(12):570-6.
15. Freire V. Fibrilación auricular. *Cad Aten Primaria*.2007;14:99-105.