

Editorial

Primero conocer la realidad. A partir de ahí, hasta donde queramos o podamos



First, Let's See Where We Stand. Then, Let's See How Far We Can or Want to Go

Julián Pérez-Villacastín*

Unidad de Arritmias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Historia del artículo:

On-line el 11 de marzo de 2014

En el año 2005, la Sociedad Española de Cardiología (siendo su presidente Eduardo de Teresa) decidió crear su propia agencia de investigación con el fin de coordinar, promover y facilitar la investigación, tanto básica como aplicada, en el terreno de las enfermedades cardiovasculares. Ya en las primeras reuniones, se decidió que, además de facilitar el desarrollo de proyectos externos (propuestos por los socios), la propia Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología podría liderar la realización de registros o estudios nacionales de enfermedades prevalentes como la hipertensión arterial, la fibrilación auricular (FA) o la enfermedad coronaria. De ahí surgió el estudio OFRECE, con el objetivo principal de estimar la prevalencia de FA en la población adulta española, cuyos resultados aparecen en el artículo de Gómez-Doblas et al publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹.

En el estudio OFRECE ha colaborado un equipo de casi 500 médicos y un número desconocido, pero presumiblemente muy alto, de personal de enfermería. Se invitó a participar a un hospital por provincia, y al final participaron 47 hospitales. Se eligió a un cardiólogo de referencia en cada hospital. De manera aleatoria, se seleccionó a 10 médicos de atención primaria correspondientes a cada área hospitalaria y se invitó por cada médico, también aleatoriamente utilizando las cartillas sanitarias, a 20 personas de edad ≥ 40 años. En total, 8.400 personas aceptaron (un 76%) y 8.343 personas formaron la muestra final del estudio (se excluyó a 54 por electrocardiograma no interpretable y 4 por falta de información). A todas ellas se las citó en la consulta y se les realizó un electrocardiograma, que analizaron al menos dos cardiólogos independientes en un único centro. El diagnóstico de FA se realizó por el electrocardiograma o por antecedentes bien documentados en la historia del paciente. Se analizaron también otras variables clínicas, y se procuró que la muestra elegida fuera representativa de la población española, intentando evitar posibles sesgos, como las diferentes probabilidades de ser elegidos para el estudio dependiendo del área geográfica (análisis estadístico).

Los resultados del estudio son muy interesantes. En total, se detectaron 411 casos de FA (41 nuevos y 369 conocidos), y el 75% de ellos tenía antecedentes de hipertensión arterial, casi la mitad tenía obesidad y una cuarta parte, diagnóstico de diabetes mellitus. La prevalencia total de FA estimada resulta ser del 4,4% (intervalo

de confianza del 95%, 3,8-5,1%), incrementándose llamativamente a partir de los 60 años de edad. En la franja de edad de 40 a 49 años, la prevalencia de FA es del 0,5% de los varones y el 0,2% de las mujeres. En la década siguiente estas cifras se duplican, pero es en la de 60-69 años en la que estas cifras se multiplican por 10 en los varones para alcanzar una prevalencia de FA del 5,3% y por 20 en las mujeres hasta alcanzar el 4%. En los pacientes > 80 años, la prevalencia estimada fue del 17,7%. En conjunto, la prevalencia de FA resultó similar en varones (4,4%) y mujeres (4,5%) y, lo que es muy importante, en un 10% de los pacientes se diagnosticó FA que no era conocida. Los propios autores, basándose en la población actual española, calculan la existencia de > 1 millón de pacientes con FA en nuestro país, de los que > 90.000 estarían sin diagnosticar.

El análisis de la epidemiología de la FA en España ha sido objeto de diversos estudios². Lejos de entrar en polémicas de números, en las que, con alta probabilidad, las estimaciones del estudio OFRECE se acercarán más a la realidad que el resto, todos ellos nos alertan de que la prevalencia de FA es muy elevada. Datos recientes de una representación importante de los servicios de urgencias españoles han demostrado que el 2,2% de todos los pacientes atendidos presentan FA en el electrocardiograma³. El estudio ESFINGE analizó la prevalencia de FA en pacientes de ambos sexos y edad ≥ 70 años hospitalizados en unidades de medicina interna o de geriatría⁴. La prevalencia total de FA en este grupo fue del 31,3%. El estudio Val-FAAP estimó la proporción de sujetos con FA entre los pacientes atendidos durante 5 días en atención primaria. Se incluyó a 119.526 sujetos (edad, $52,9 \pm 15,2$ años; el 40,9% varones), de los que el 6,1% tenía FA, porcentaje que aumentaba con la edad, la hipertensión arterial y el sexo masculino⁵.

Si el estudio OFRECE estima que en España puede haber 1.025.846 personas con FA en una población de 46.815.916 habitantes, el porcentaje bruto supone un 2,2%. Este porcentaje es superior incluso a los valores máximos reflejados en las recientes guías europeas, que consideran cifras entre el 1 y el 2%⁶. Y todos los análisis coinciden en que, por la evolución demográfica, estas cifras pueden aumentar en los próximos años⁶.

La FA no es una arritmia benigna, de las que solo alteran la calidad de vida. La FA incrementa la mortalidad, pues favorece la insuficiencia cardíaca, las embolias cerebrales, las embolias periféricas, el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita^{7,8}. Sus secuelas pueden ser catastróficas. Además, es una arritmia «traicionera», ya que puede ser asintomática e intermitente, con lo que pasa inadvertida para el médico y el paciente. Por ello, a pesar de las cifras sorprendentemente elevadas, es muy probable que el estudio OFRECE haya subestimado la prevalencia de FA en la población general⁹.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.07.015>, Rev Esp Cardiol. 2014;67:259-69.

* Autor para correspondencia: Unidad de Arritmias, Hospital Clínico San Carlos, Profesor Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: jvillacastin@secardiologia.es

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

En las guías clínicas, una de las primeras decisiones que considerar ante un paciente con FA es la necesidad de anticoagulación. No se conoce bien cuánto tiene que durar una FA para producir una embolia. Aunque clásicamente parecía establecido que sería raro que episodios < 48 h de duración produjeran embolias, probablemente otros factores de riesgo puedan hacer que episodios más cortos generen trombos auriculares. Hay estudios recientes que lo indican⁹. Por ello, la necesidad de anticoagular se fundamenta en los factores de riesgo embólico existentes, pero no en el tipo de FA, sea esta paroxística, persistente o permanente. Las guías clínicas europeas¹⁰ recomiendan anticoagulación, salvo contraindicaciones, para todos los pacientes con CHA₂DS₂-VASc (insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad ≥ 75 [doble], diabetes, ictus [doble], enfermedad vascular y categoría de sexo [mujeres]) ≥ 2. Además del tratamiento anticoagulante, el tratamiento de los enfermos con FA incluye el manejo de las enfermedades concomitantes y estrategias dirigidas a evitar la aparición de síntomas, como la cardioversión eléctrica, la administración de fármacos antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal o controlar la frecuencia, la ablación de la arritmia o el implante de dispositivos para cerrar la orejuela izquierda. Ante tantas opciones terapéuticas, es lógico pensar que muchos pacientes no tienen el tratamiento que precisan y, por contra, se trata innecesariamente a otros enfermos¹¹. Se ha observado que esta falta de adherencia a las guías de práctica clínica se asocia a un incremento de mortalidad y morbilidad¹². Por este motivo se están desarrollando nuevas unidades específicamente dedicadas a tratar la FA con el fin de adaptar los recursos disponibles a las necesidades de estos enfermos¹³. Después de los resultados del estudio OFRECE, el siguiente paso en España podría consistir en analizar estos aspectos.

La FA es un enfermedad muy cara. Se ha estimado en Europa que el coste medio de cada paciente con FA puede suponer entre 450 y 3.000 euros anuales¹⁴. La mayor parte del gasto corresponde a los pacientes hospitalizados. En los Países Bajos, han evaluado que el coste total de la FA supone el 1,3% del gasto total dedicado a sanidad¹⁵. En España no disponemos de datos fiables que nos permitan conocer el impacto socioeconómico y sanitario de la FA. Si queremos que se planifiquen soluciones, lo primero que se precisa es una información fiable. Por este motivo, creo que hay que felicitar a la Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología y a los autores del estudio OFRECE porque han logrado llevar a cabo una empresa difícil y han conseguido una información muy importante. Ha sido difícil y se ha tardado, pero han abierto el camino. Y lo han conseguido no solo con la colaboración de muchos médicos y enfermeras de distintas especialidades, sino conjuntamente con el Ministerio de Sanidad, las consejerías de las comunidades autónomas y las propias compañías farmacéuticas o tecnológicas. Todo un ejemplo de trabajo en equipo.

El éxito de un estudio clínico puede medirse por el grado de cumplimiento y exigencia de su base de datos, por la fiabilidad y la accesibilidad de su información y, sobre todo, por su utilidad práctica. Ojalá que el diseño, la forma de trabajo y los datos obtenidos en el estudio OFRECE sirvan de ejemplo para nuestro sistema de salud. Y que los estudios similares o los registros de calidad se multipliquen. Se necesita disponer de información fidedigna que permita planificar y distribuir adecuadamente nuestros recursos, para posteriormente llegar hasta donde se quiera en la atención al paciente o hasta donde se pueda. Están

emergiendo nuevas formas de investigación. Gracias a la automatización de la información, análisis de prevalencia, de actividad o de resultados, bien diseñados y ejecutados en sus diferentes modalidades, se están imponiendo y pueden ser una fuente fiable de información para la toma de decisiones. Sobre todo, para los propios ciudadanos¹⁶⁻¹⁸. Y me gustaría pedir un deseo: que las autoridades sanitarias favorezcan estudios como el OFRECE; porque yo creo que, si quieren hacer bien las cosas, los necesitan.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Alonso Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:259-69.
- Pérez-Villacastín, Pérez Castellano N, Moreno J. Epidemiología de la fibrilación auricular en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:561-5.
- Martín Martínez A, Sánchez López J, Malagón Caussade F, Del Arco Galán C, Suero Méndez C, Coll-Vinent i Puig B, et al. Impacto de la fibrilación auricular en la práctica diaria de la fase aguda: ¿la epidemia del siglo XXI? (Estudio Hermes-AF) *Rev Esp Cardiol*. 2012;65 Supl 3:363.
- López Soto A, Formiga F, Bosch X, García Alegría J. Prevalencia de la fibrilación auricular y factores relacionados en pacientes ancianos hospitalizados: estudio ESFINGE. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:231-7.
- Barrios V, Calderón A, Escobar C, De la Figuera M. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:47-53.
- Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2010;31:2369-429.
- Chen L, Sotoodehnia N, Buzkova P, Lopez F, Yee L, Heckbert S, et al. Atrial fibrillation and the risk of sudden cardiac death. The Atherosclerosis Risk in Communities Study and Cardiovascular Health Study. *JAMA Intern Med*. 2013;173:29-35.
- Soliman EZ, Safford MM, Muntner P, Khodneva Y, Dawood FZ, Zakai NA, et al. Atrial fibrillation and the risk of myocardial infarction. *JAMA Intern Med*. 2014;174:107-14.
- Healey IS, Connolly SJ, Gold MR, Israel CW, Van Gelder I, Capucci A, et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. *New Engl J Med*. 2012;366:120-9.
- Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2012;33:2719-47.
- Clua-Espuny JL, Lechuga-Duran I, Bosch-Princep R, Roso-Llorach A, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, et al. Prevalencia de la fibrilación auricular desconocida y la no tratada con anticoagulantes. Estudio AFABE. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:545-52.
- Nieuwlaet R, Prins MH, Le Heuzey JY, Vardas P, Aliot E, Santini M, et al. Prognosis, disease progression, quality of life and treatment of atrial fibrillation patients during 1 year follow up of the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2008;29:1181-9.
- Hendriks J, Tomini F, Asselt T, Crijns H, Vrijhol H. Cost effectiveness of a specialized atrial fibrillation clinic versus usual care in patients with atrial fibrillation. *Europace*. 2013;15:1128-35.
- Wolowacz SE, Samuel M, Brennan VK, Jasso Mosqueda JG, Van Gelder IC. The cost of illness of atrial fibrillation: a systematic review of the recent literature. *Europace*. 2011;10:1375-85.
- Heemstra HE, Nieuwlaet R, Meijboom M, Crijns HJ. The burden of atrial fibrillation in the Netherlands. *Neth Heart J*. 2011;19:373-8.
- Ryan TJ. Large cardiac registries: the path to higher quality and lower cost in our healthcare system. *Circulation*. 2010;121:2612-4.
- Hickey G, Grant S, Cosgriff R, Dimarakis I, Pagano D, Kappetein A, et al. Clinical registries: governance, management, analysis and applications. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2013;44:605-14.
- Eichler HG, Pétavy F, Pignatti F, Rasi G. Access to patient-level trial data—a boon to drug developers. *N Engl J Med*. 2013;369:1577-9.