

Aquest és el primer informe d'una sèrie de publicacions de periodicitat trimestral dirigit prioritàriament als professionals assistencials. L'objectiu és proporcionar una retroalimentació d'allò que fem a la pràctica clínica, en aquest cas relacionat amb el maneig del risc trombòtic en la fibril·lació auricular (FA). Es revisen també aspectes teòrics fonamentals o innovadors basats en una **revisió recent** [1].

En aquest informe s'analitza la població major de 14 anys atesa entre l'agost de 2013 i el juliol de 2014 assignada als equips de l'ICS.

Definició i freqüència

La FA és una taquiarítmia supraventricular que es caracteritza per una activació auricular descoordinada que comporta un deteriorament de la funció mecànica auricular. El seu traç electrocardiogràfic es distingeix per l'absència d'ones P substituïdes per ones fibril·latòries.

La prevalença de FA és del 2,1% en la població adulta, lleugerament més elevada en relació amb les dades publicades al Regne Unit (1,76%)[2], i del 3,3% en població major de 40 anys, inferior a la descrita a l'estudi OFRECE [3] realitzat a l'Estat espanyol (4,4%; IC95%: 3,8-5,1).

Característiques dels pacients amb fibril·lació auricular

A la taula 1 es poden veure les característiques, tant sociodemogràfiques com clíniques, dels pacients amb FA comparades amb altres estudis europeus [4] i espanyols [3,5,6].

La FA és el principal factor de risc de malaltia cerebrovascular d'origen tromboembòlic.

Per cada 80 pacients etiquetats de FA, n'hi podria haver 27 sense diagnosticar.

Taula 1. Característiques dels pacients amb fibril·lació auricular

Característiques	ICS	Europa [4]	FIATE Espanya [5]	Val-FAAP [6]	OFRECE [3]
Població estudiada	3.733.915	-	-	119.526	8.343 en >40a
Població FA	78.547	7.243	2.070	3.287	410 en >40a
Estat mitjana , anys (DE) o %	76,2 (9,7)	71,5 (11)	74,1 (11,04)	71,9 (10,1)	40,4% >80a
Dones , n (%)	38.605 (49,1%)	2.890 (39,9%)	1.049 (50,7%)	1.568 (47,7%)	216 (52,8%)
Índex socioeconòmic , n (%)					-
- Privació alta	15.494 (19,7%)	-	-	-	-
- Privació mitjana-alta	15.769 (20,1%)	-	-	-	-
- Privació mitjana-baixa	11.534 (14,7%)	-	-	-	-
- Privació baixa	16.393 (20,9%)	-	-	-	-
- Privació NC	19.357 (24,6%)	-	-	-	-
Escala CHADS₂ , n (%)					-
- Alt (CHADS ₂ ≥ 2)	54.550 (69,4%)	-	-	2.215 (67,4%)	-
- Moderat (CHADS ₂ = 1)	16.922 (21,5%)	-	-	924 (28,1%)	-
- Baix (CHADS ₂ = 0)	7.075 (9%)	-	-	148 (4,5%)	-
Escala CHA₂DS₂-VASC , n (%)					-
- Alt (CHA ₂ DS ₂ -VASC ≥ 2)	70.504 (89,8%)	6.091 (84,1%)	-	-	-
- Moderat (CHA ₂ DS ₂ -VASC = 1)	5.606 (7,1%)	732 (10,1%)	-	-	-
- Baix (CHA ₂ DS ₂ -VASC = 0)	2.437 (3,1%)	-	-	-	-
- Mitjana CHA ₂ DS ₂ -VASC	3,5 (1,5)	3,4 (1,8)	-	-	-
Escala HAS-BLED					-
Alt (HAS-BLED ≥ 3) n (%)	402 de 1.167 calculats (0,5% sobre el total)	-	-	-	-
Mitjana HAS-BLED	2,1	2,0	-	-	-
Antecedents					-
MCV, n (%)	12.905 (16,4%)	1.123 (15,5%)	203 (9,8%)	365 (11,1%)	68(16,6%)
IC, n (%)	18.992 (24,2%)	1.543 (21,3%)	424 (20,5%)	700 (21,3%)	121(29,4%)
Tractament adequat risc trombòtic , n (%)	69.160 (88%)	4.793 de 5.600 amb CHA ₂ DS ₂ - VASC ≥ 2 (85,6%)	-	1.262 de 2.215 amb CHADS ₂ ≥ 2 (57,0%)	-

DE: desviació estàndard. NC: privació no classificada per correspondre a àrees rurals on l'índex no és aplicable. Escala CHADS₂ i CHA₂DS₂-VASC són escales de classificació del risc trombòtic. Escala HAS-BLED de risc de sagnat. MCV: malaltia cerebrovascular; IC: insuficiència cardíaca.

Els pacients amb FA tenen unes característiques similars a les de la resta d'estudis europeus i espanyols. Les petites diferències trobades, tant en maneig com en les característiques dels pacients, es poden explicar per diferències metodològiques en el disseny dels estudis.

La FA afecta principalment població de gent gran i amb altres malalties cardiovasculars.

Tractament del risc trombòtic

A les taules 2 i 3 es poden veure el tipus de tractament del risc trombòtic dels pacients amb FA comparat amb les dades europees [4].

Taula 2. Pacients amb algun dels fàrmacs indicats per al tractament del risc trombòtic en la FA

Tractament	N i % sobre el total de pacients amb FA a l'ICS*	Europa [3]
AAS	13.794 (17,6%)	1.436 (19,8%)
AAS + clopidogrel	507 (0,6%)	-
Acenocumarol	51.637 (65,7%)	907 (12,5%)
Warfarina	4.335 (5,5%)	2.470 (34,1%)
Fenprocumon	-	1.330 (18,4%)
Fluindiona	-	948 (13,1%)
Nous anticoagulants (NACO)	5.118 (6,6%)	439 (6%)
- Dabigatran	2.397 (3,1%)	291 (4,0%)
- Apixaban	835 (1,1%)	140 (1,9%)
- Rivaroxaban	1.886 (2,4%)	8 (0,1%)

*El percentatge total no suma 100% perquè un mateix pacient pot portar més d'un fàrmac.

Taula 3. Distribució del total de pacients amb FA segons tipus de tractament del risc trombòtic

Tractament	N i % sobre el total de pacients amb FA a l'ICS	Europa [3]
Antiagregants sols (AAS, clopidogrel, AAS+clopidogrel)	12.495 (15,9%)	808 (11,2%)
Antagonistes vitamina K sols (acenocumarol, warfarina i altres)	53.212 (67,7%)	4.799 (66,3%)
NACO sols o combinats entre ells	4.835 (6,2%)	442 (6,1%)
Altres combinacions de tractaments	1.595 (2%)	791 (10,9%)
Sense tractament antitrombòtic	6.410 (8,2%)	474 (6,5%)

Es constata més freqüència d'ús de l'acenocumarol al nostre medi que fora, on es fa servir de forma preferent la warfarina o altres antagonistes de la vitamina K. L'ús de NACO és similar.

L'adequació del tractament del risc trombòtic en la FA a l'ICS és del 88%, en els estudis revisats varia entre el 85,6% [4] i el 57% [6]. Amb les limitacions que comporta la comparació entre estudis realitzats amb mètodes diferents, el nivell d'adequació del tractament del risc trombòtic a l'ICS, sembla correcte, atès que el % de tractament adequat és superior a qualsevol dels estudis revisats.

A la taula 4 podem veure l'adequació del tractament del risc trombòtic en funció de diferents característiques dels pacients. No s'observen diferències destacables segons edat ni sexe en l'adequació del tractament del risc trombòtic. Com era d'esperar, amb un risc de sagnat superior el tractament amb TAO és inferior.

Taula 4. Comparació de l'edat, sexe i risc de sagnat dels pacients en funció de la correcta indicació del tractament del risc trombotic

Característiques dels pacients	Pacients amb indicació correcta	Pacients amb indicació incorrecta
Edat mitjana , anys (DE)	76,1 (9,7)	76,9 (10)
Sexe		
- Dones, n (%)	33.132 (85,8%)	5.483 (14,2%)
- Homes, n (%)	34.962 (87,5%)	4.995 (12,5%)
Risc de sagnat		
- Baix, n (%)	449 (58,7%)	316 (41,3%)
- Alt, n (%)	200 (49,8%)	202 (50,2%)

L'escala de risc trombotic més recomanada és la CHA2DS2-VASc i per valorar el risc de sagnat, es recomana l'HAS-BLED.

No s'oferirà TAO a pacients < 65 anys sense factors de risc diferents al sexe femení (CHA2DS2-VASc de 0 en homes i 1 en dones). A la resta, si CHA2DS2-VASc =1 es recomana oferir la possibilitat de TAO i si és ≥ 2 existeix recomanació expressa de TAO, en tots els casos contrastat amb l'estimació del risc de sagnat (si el risc trombotic és superior al de sagnat serien candidats a rebre TAO).

Recentment s'ha retirat d'algunes guies l'ús d'AAS com a alternativa a TAO en pacients amb baix risc. En la FA no valvular, la indicació principal dels NACO són els pacients amb INR no controlat en absència de contraindicacions específiques.

Control de l'INR

A la taula 5 podem veure el grau de control de l'INR segons diferents mètodes:

- **Mètode ampliat:** el rang correcte de l'INR és el recomanat +/- 0,3 i es valora el percentatge de temps dins de l'interval recomanat. És el que usem a l'ICS.
- **Mètode estricte:** el rang correcte és el recomanat i també es mira el temps.
- **Últim INR:** en funció dels tres últims INR, si n'hi ha un, dos o tres dins del rang o si l'últim està dins del rang. És un mètode poc pràctic, però és el que els estudis fan servir.

Taula 5. Bon control de l'INR segons diferents mètodes

Mètode	% de temps amb un bon control de l'INR	FIATE [4]
Mètode ampliat	82,4%	-
Mètode estricte	71,3%	-
Últims INR		
- 1 de 3	59,7%	66%
- 2 de 3	56,5%	37,3%
- 3 de 3	19,7%	32,4%

A l'ICS, el 54,8% de pacients amb FA es controlen l'INR a l'atenció primària, mentre que a l'estudi FIATE [5] aquest percentatge és superior (72%).

Pel que fa al nivell de control de l'INR, és difícil treure'n conclusions ja que la metodologia emprada és molt heterogènia i amb freqüència allunyada de la pràctica. El mètode més recomanat a la literatura és el mètode Rosendaal [7], i aquest és el més similar al control estricte, però cap dels estudis revisats fa servir aquest mètode. De tota manera, si tenim en compte el dia a dia, possiblement el mètode més adequat seria l'ampliat; amb aquest criteri, **els pacients de l'ICS amb FA en tractament anticoagulant estan el 82,4% del temps dins del rang recomanat.**

Derivació

La FA és la primera causa específica de derivació al servei de cardiologia i representa el 14,3% (n=3.399) del total de derivacions a aquest servei.

Els pacients amb clínica intolerable, hemodinàmicament inestables o amb risc elevat de ser-ho (FC >150 bat/min o < 40 bat/min o aparició de dolor toràcic o IC aguda) són candidats de derivació hospitalària urgent.

Els pacients susceptibles de ser derivats al servei de cardiologia són: els joves, persones amb diagnòstic de sospita de FA paroxística si està indicat control del ritme o si existeixen dubtes del maneig.

Referències

- [1] Lozano L, Martínez A. Fibril·lació auricular. AMF 2014;10(11):639-650.
- [2] Cowan C, Healicon R, Robson I, Long WR, Barrett J, Fay M, et al. The use of anticoagulants in the management of atrial fibrillation among general practices in England. Heart 2013;99:1166–72.
- [3] Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Martín JJA, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalence of atrial fibrillation in Spain. OFRECE study results. Rev Esp Cardiol (Engl Ed) 2014;67:259–69.
- [4] Kirchhof P, Ammentorp B, Darius H, De Caterina R, Le Heuzey J-Y, Schilling RJ, et al. Management of atrial fibrillation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention of thromboembolic events—European registry in atrial fibrillation (PREFER in AF). Europace 2014;16:6–14.
- [5] Lobos-Bejarano JM, Castillo-Rodríguez JC del, Mena-González A, Alemán-Sánchez JJ, León A Cabrera de, Barón-Esquivias G, et al. [patients' characteristics and clinical management of atrial fibrillation in primary healthcare in Spain: FIATE study]. Med Clin (Barc) 2013;141:279–86.
- [6] Barrios V, Calderón A, Escobar C, Figuera M de la, Primary Care Group in the Clinical Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology. Patients with atrial fibrillation in a primary care setting: Val-FAAP study. Rev Esp Cardiol (Engl Ed) 2012;65:47–53.
- [7] Rosendaal FR, Cannegieter SC, Meer FJ van der, Briët E. A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. Thromb Haemost 1993;69:236–9.