

# CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ESPAÑA



Carles Rafols<sup>1</sup>, Joan Mendivil<sup>2</sup>, David Carcedo<sup>2</sup>, Gabriela Restovic<sup>2</sup>, Annabelle Shakespeare<sup>3</sup>

1 Departamento Médico, Bayer Hispania, Barcelona, España; 2 Market Access, Bayer Hispania, Barcelona, España, 3 Global Health Economics, Outcomes and Reimbursement, Bayer Healthcare, Reino Unido.

## ABSTRACT

**Objetivo.** La fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común en la práctica clínica. Determinar su prevalencia/incidencia y manejo es importante porque se asocia con complicaciones significativas (ictus) y aumento de morbilidad y mortalidad. El objetivo de este estudio fue describir las características epidemiológicas de la FA y su manejo en el ámbito sanitario español.

**Material y métodos.** Se desarrolló un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Los datos se obtuvieron de la base de datos longitudinal de pacientes (LPD<sup>®</sup>) con registros de 300 médicos de atención primaria. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años diagnosticados de FA, (período de inclusión: Enero-Diciembre 2008), fueron seguidos por 1 año. Las variables cualitativas (características poblacionales y de los tratamientos) se describieron utilizando estadística descriptiva (media, mediana, intervalos de confianza y valores extremos). Las relaciones entre variables se describieron utilizando análisis de regresión logística.

**Resultados.** Entre 2008 y 2009 se registraron más de 290 mil pacientes con al menos una visita a AP. La prevalencia de AF (año 2009) fue 2,2%, la incidencia 4,4/1.000 personas, con una media de edad de 76 años (10,6) (55% mujeres). Un 86,7% tenía un CHADS<sub>2</sub> $\geq 1$  (87,4% CHADS<sub>2</sub>-Vasc  $\geq 2$ ) y un 53,7% estaban en tratamiento con anticoagulantes orales. Un 48,1% de los pacientes recibía antagonistas de la vitamina K y un 36,3% antiagregantes plaquetarios.

**Conclusiones.** Nuestro estudio muestra que la prevalencia de la FA es elevada y aumenta con la edad y que los pacientes con al menos un factor de riesgo presentan un tratamiento sub-óptimo.

## INTRODUCCIÓN

La FA es la más común de las arritmias cardíacas en la práctica clínica, afectando a casi el 1% de la población general<sup>1</sup>, incrementándose exponencialmente con la edad. La FA incrementa en 5 veces el riesgo de desarrollar un ictus en todos los grupos de edad comparado con pacientes con un ritmo cardíaco normal.<sup>2</sup>

El manejo actual de la FA, tal como recomiendan las guías, consiste principalmente en el tratamiento con AVK en pacientes con riesgo moderado-alto de ictus<sup>3</sup>. Esta terapia es efectiva pero presenta limitaciones como la necesidad de monitorizar el INR, un estrecho margen terapéutico o interacciones con otros fármacos y alimentos. Por éstas razones un número considerable de pacientes con FA no reciben tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK), siendo tratados con antiagregantes plaquetarios (AP) (menos efectivo) o bien no recibiendo ningún tratamiento<sup>4</sup>.

### OBJETIVOS

Los principales objetivos del estudio fueron:

- Determinar la prevalencia y la incidencia de la FA en España así como las características demográficas de los pacientes con FA (sexo, edad, antecedentes médicos, factores de riesgo de ictus, medicación concomitante, etc.).
- Describir el actual manejo de las distintas terapias antitrombóticas y no antitrombóticas

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Multicéntrico, retrospectivo, observacional y no intervencional realizado en España, los datos fueron obtenidos de la Base de Datos Longitudinal de Pacientes (LPD<sup>®</sup>) sobre todos los pacientes diagnosticados con FA durante el periodo de inclusión (entre enero y diciembre del año 2008) y contó con un seguimiento de un año.

**Fuente de datos:** La Base de Datos Longitudinal de Pacientes (LPD<sup>®</sup>), se basa en la actividad de 300 consultas de médicos de atención primaria que utilizan el mismo software médico. De esta manera, se pueden recolectar y analizar los datos de los pacientes de forma longitudinal relacionándolos directamente con la prescripción hecha en la práctica clínica habitual.

## RESULTADOS

Entre Enero y Diciembre del 2008, de entre un total de 144.715 visitas realizadas por pacientes adultos a su médico de atención primaria, 2.924 pacientes cumplieron los criterios de inclusión de este estudio (adultos con diagnóstico de FA), en 2009 el número de pacientes incluidos fue de 3.259 sobre un total de 148.443.

En el grupo de pacientes prevalentes la media de edad al momento de inclusión en el estudio fue de 76 $\pm$ 10,6 años con un rango de entre los 19 a los 102 años. El índice de masa corporal (IMC) fue de 28,8 $\pm$ 5,1 kg/m<sup>2</sup>. Un 40,8% de los pacientes que reportaron su altura y peso tenía sobrepeso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>). Sin embargo, estos datos (altura y peso) no estuvieron disponibles para más del 70% de los pacientes incluidos en este estudio. En cuanto al diagnóstico, más de la mitad de los pacientes prevalentes (45,0%) habían sido diagnosticados hacia menos de un año, mientras que el 18,1% lo habían sido en los últimos 3 años o anteriores.

En los pacientes incidentes la media de edad al momento de la inclusión fue de 78 $\pm$ 10,6 años con un rango de entre los 19 y 101 años. El IMC medio fue de 28,8 $\pm$ 5,5 kg/m<sup>2</sup>, con un 37,3% de los pacientes que reportaron altura y peso con sobrepeso (sin datos de altura y peso para el 59% de los pacientes).

### Prevalencia e incidencia

La prevalencia de FA en España se estimó en 20,2 casos por 1.000 habitantes adultos durante 2008 y 22,0 durante 2009. También se observó que la prevalencia aumentó con la edad siendo en el año 2009 de 0,50/1.000 habitantes en la población de  $< 40$  años, de 1,04/1.000 habitantes en la población entre 40 y 44 años, de 3,15/1.000 habitantes en la población entre 45 y 54 años, de 12,21/1.000 habitantes en la población entre 55 y 64 años, de 28,18/1.000 habitantes en la población entre 65 y 74 años, de 66,01/1.000 habitantes en la población entre 75 y 84 años y de 106,05/1.000 habitantes en la población mayor de 85 años. Según el sexo la prevalencia es mayor en los hombres, con una prevalencia de 22,44 casos/1.000 habitantes durante el 2009, mientras que en las mujeres en el mismo periodo la prevalencia estimada fue de 21,57 casos /1.000 habitantes (Tabla 1)

**Tabla 1.** Prevalencia (x1000) de FA en España durante los años 2008 y 2009 por sexo y edad

Grupos de edad	2008		2009		
	N	Prevalencia (x1000)	N	Prevalencia (x1000)	
HOMBRES	TOTAL	1.305	20,32	1,472	22,44
	<40	14	0,67	17	0,84
	40-44	9	1,53	6	1,02
	45-54	46	4,92	44	4,32
	55-64	183	18,87	172	18,40
	65-74	350	39,98	320	35,14
	75-84	534	69,14	613	74,33
	$\geq 85$	169	85,35	299	116,52
$\geq 75$	703	72,45	912	84,34	
MUJERES	total	1.619	20,10	1,787	21,56
	<40	5	0,21	5	0,21
	40-44	7	1,25	6	1,07
	45-54	29	2,88	21	2,01
	55-64	105	8,83	89	7,39
	65-74	343	29,20	276	22,91
	75-84	717	59,04	775	60,74
	$\geq 85$	413	82,53	615	101,6
$\geq 75$	1.130	65,90	1.390	73,89	
HOMBRES Y MUJERES	total	2.924	20,20	3,259	21,95
	<40	19	0,42	22	0,50
	40-44	16	1,40	12	1,04
	45-54	75	3,86	65	3,15
	55-64	288	13,34	261	12,20
	65-74	693	33,80	596	28,17
	75-84	1251	62,97	1388	66,07
	$\geq 85$	582	83,33	914	106,0
$\geq 75$	1.833	68,26	2,302	77,70	

## CONCLUSIONES

- La prevalencia de la FA en España es superior al 2% en la población general, y aumenta con la edad hasta superar el 10% en pacientes mayores de  $\geq 18$  años.
- El actual tratamiento para la prevención de ictus en pacientes con FA muestra deficiencias ya que una gran proporción de pacientes que deberían recibir tratamiento anticoagulante, tal como lo consideran las guías, no lo reciben, siendo tratados en su lugar con antiagregantes plaquetarios o sin ningún tipo de tratamiento.

## POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FA registrados en la LPD<sup>®</sup> a lo largo del periodo de inclusión (año 2008), con o sin un tratamiento prescrito.

### Periodo de observación:

El periodo de inclusión comprendió de enero a diciembre de 2008. El periodo de seguimiento fue de un año desde la fecha de inclusión.

### Medida de resultados:

Con el fin de responder los objetivos del estudio se contemplaron las siguientes medidas de resultados:

- Prevalencia e incidencia de FA
- Utilización de los tratamientos:

El uso de terapia antitrombótica se describió por tipo de tratamiento: AVK o no AVK; AP (aspirina, clopidogrel, otros) o no AP; o ningún tratamiento. La terapia combinada AVK + AP se contabilizó en ambos grupos. La utilización de los tratamientos fue estratificada por riesgo de ictus (CHADS<sub>2</sub>, CHADS<sub>2</sub>-Vasc), contraindicaciones y medicación concomitante.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los análisis estadísticos fueron desarrollados con SAS software 9.1. Las variables cualitativas fueron descritas utilizando estadística común: tamaño de la población y porcentajes. Las variables cuantitativas fueron descritas con medianas, media, desviación estándar y valores extremos. Se especificó el número de datos perdidos para cada variable, no fueron reemplazos y se excluyeron del análisis. Finalmente, se utilizó un análisis de regresión logística para determinar la relación entre las covarianzas y los resultados.

### Utilización de tratamientos para la FA

Las terapias farmacológicas fueron prescritas a la mayoría de los pacientes con FA (83,8% de los pacientes prevalentes y un 84,8% de los incidentes) y a pesar de lo que recomiendan las guías (3), un porcentaje considerable de pacientes no recibió ningún tipo de tratamiento antitrombótico durante el periodo de seguimiento del estudio (16,2% de los pacientes prevalentes y 15,2% de los incidentes).

Existen varias escalas para la estratificación del riesgo de sufrir un ictus en pacientes con FA. En la tabla se muestran las características clínicas de los pacientes prevalentes incluidos en el estudio según las escalas CHADS<sub>2</sub>, CHADS<sub>2</sub>-Vasc y los criterios de la ESC (European Society of Cardiology). (Tabla 2).

**Tabla 2.** Características clínicas en pacientes prevalentes

VARIABLES	Todos	AVK	AVK + AP	AP	AVK o AP	Ninguno	
	(N=2924)	(N=1534, 52,46%)	(N=239, 8,17%)	(N=1156, 39,53%)	(N=2451, 83,82%)	(N=473, 16,18%)	
CHADS <sub>2</sub>	0	388 (13,3%)	167 (43,0%)	20 (5,2%)	117 (30,2%)	264 (68,0%)	124 (32,0%)
	1	1038 (35,5%)	490 (47,2%)	66 (6,4%)	418 (40,3%)	842 (81,1%)	196 (18,9%)
	2	1059 (36,2%)	602 (56,8%)	111 (10,5%)	443 (41,8%)	934 (88,2%)	125 (11,8%)
	3	349 (11,9%)	217 (62,2%)	30 (8,6%)	137 (39,3%)	324 (92,8%)	25 (7,2%)
	4	79 (2,7%)	52 (65,8%)	10 (12,7%)	34 (43,0%)	76 (96,2%)	3 (3,8%)
	5	10 (0,3%)	6 (60,0%)	2 (20,0%)	6 (60,0%)	10 (100%)	0 (0%)
	6	1 (<0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)
	7	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	8	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	9	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	$\geq 2$	1498 (51,2%)	877 (58,5%)	153 (10,2%)	621 (41,5%)	1345 (89,8%)	153 (10,2%)
$\geq 3$	439 (15,0%)	275 (62,6%)	42 (9,6%)	178 (40,5%)	411 (93,6%)	28 (6,4%)	
CHADS <sub>2</sub> -Vasc	0	114 (3,9%)	44 (38,6%)	7 (6,1%)	34 (29,8%)	71 (62,3%)	43 (37,7%)
	1	255 (8,7%)	108 (42,4%)	12 (4,7%)	91 (35,7%)	187 (73,3%)	68 (26,7%)
	2	584 (20,0%)	291 (49,8%)	43 (7,4%)	216 (37,0%)	464 (79,5%)	120 (20,5%)
	3	885 (30,3%)	477 (53,9%)	78 (8,8%)	367 (41,5%)	766 (86,6%)	119 (13,4%)
	4	775 (26,5%)	429 (55,4%)	69 (8,9%)	314 (40,5%)	674 (87,0%)	101 (13,0%)
	5	242 (8,3%)	143 (59,1%)	23 (9,5%)	104 (43,0%)	224 (92,6%)	18 (7,4%)
	6	60 (2,1%)	35 (58,3%)	6 (10,0%)	27 (45,0%)	56 (93,3%)	4 (6,7%)
	7	9 (0,3%)	7 (77,8%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	9 (100%)	0 (0%)
	8	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	9	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	$\geq 2$	2555 (87,4%)	1382 (54,1%)	220 (8,6%)	1031 (40,4%)	2193 (85,8%)	362 (14,2%)
ESC Riesgo bajo	361 (12,3%)	147 (40,7%)	20 (5,5%)	112 (31,0%)	239 (66,2%)	122 (33,8%)	
Riesgo medio	2370 (81,1%)	1238 (52,2%)	200 (8,4%)	989 (41,7%)	2027 (85,5%)	343 (14,5%)	
Alto riesgo	193 (6,6%)	149 (77,2%)	19 (9,8%)	55 (28,5%)	185 (95,9%)	8 (4,1%)	

## Referencias

1. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. 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 2001;285(18):2370-5.
2. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22(8):983-8.
3. 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(19):2369-429.
4. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? Arch Intern Med 2000; 160(1):41-6.