

Adecuación de la profilaxis tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en 3 centros de atención primaria

I. Romera Fernández, R. de Dios del Valle, A. García de Francisco, Y. González Rubio, C. Lenza Alonso y M.A. Salinero Fort

Objetivo. Conocer el grado de adecuación de la profilaxis tromboembólica (PTE) en un grupo de pacientes con fibrilación auricular crónica, en el ámbito de la atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

Emplazamiento. El estudio se ha realizado en 3 centros de atención primaria de carácter urbano de Madrid.

Participantes. Se ha incluido a todos los pacientes registrados, hasta abril de 2001, con el diagnóstico de fibrilación auricular crónica ($n = 274$). Se ha excluido a los pacientes sin historia clínica y a los portadores de prótesis valvular.

Mediciones principales. Se han recogido variables demográficas, existencia de factores de riesgo de embolia, presencia de contraindicaciones para la anticoagulación oral y tipo de profilaxis tromboembólica.

Resultados. Se evaluó a un total de 274 pacientes. La media de edad \pm desviación estándar fue de 75 ± 9 años y el 52% eran mujeres. El 82% de los pacientes tenía al menos un factor de riesgo tromboembólico. El tipo de PTE más frecuentemente empleada fue la anticoagulación oral. Un 45% de los pacientes no recibía una adecuada PTE. Se encontró un 13,5% de pacientes con riesgo embolígeno sin ningún tipo de PTE.

Conclusiones. Existe un alto porcentaje de pacientes con fibrilación auricular crónica y alto riesgo de embolia que no reciben una adecuada PTE, en ausencia de contraindicaciones para la anticoagulación oral. Existe un amplio campo de mejora, al alcance de los profesionales.

Palabras clave: Fibrilación auricular. Anticoagulantes. Aspirina.

HOW SUITABLE THEIR THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS IS FOR PATIENTS WITH CHRONIC AURICULAR FIBRILLATION AT 3 PRIMARY CARE CENTRES

Objective. To find just how suitable thromboembolism prophylaxis (TEP) is in a group of patients with chronic auricular fibrillation belonging to the primary care environment.

Design. Cross-sectional and descriptive multi-centre study.

Setting. The study was performed at 3 urban primary care centres in Madrid.

Participants. All the patients recorded up to April 2001 with the diagnosis of chronic auricular fibrillation ($n=274$) were included. Patients with no clinical history or who had a valve prosthesis were excluded.

Main measurements. Demographic variables, existence of factors of risk of embolism, presence of counter-indications for oral anti-coagulants, and the kind of thromboembolic prophylaxis taken were collected.

Results. A total of 274 patients were evaluated. Average age was 75 (SD, 9) and 52% were women. 82% of patients had at least one factor of risk of thromboembolism. The most commonly used kind of TEP was oral anti-coagulants. 45% of patients did not receive suitable TEP. 13.5% of patients at risk of embolism and who had no kind of TEP were found.

Conclusions. There is a high percentage of patients with chronic auricular fibrillation and a high risk of embolism, who do not receive adequate TEP, in the absence of counter-indications to taking oral anticoagulants. There is great scope for improvement, which is within professionals' possibilities.

Key words: Auricular fibrillation. Anticoagulants. Aspirin.

Médicos de familia. Atención Primaria Área 4. Instituto Madrileño de la Salud. Madrid. España.

Correspondencia:
Miguel Ángel Salinero Fort.
Unidad de Docencia del Área 4.
Atención Primaria. Instituto
Madrileño de la Salud.
José Arcones Gil, 11. 28017
Madrid. España.
Correo electrónico:
masalinero@hotmail.com

Manuscrito recibido el 26 de marzo de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 1 de septiembre de 2003.

Introducción

La fibrilación auricular, que es la arritmia más frecuente y cuya incidencia aumenta con la edad y la presencia de enfermedad cardiovascular¹, es un potente factor de riesgo independiente de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, de forma que el riesgo atribuible de ACV en pacientes con fibrilación auricular oscila entre el 1,5% en pacientes de 50 a 59 años y el 23,5% en pacientes de 80 a 89 años². Estudios clínicos prospectivos y aleatorizados realizados en pacientes con fibrilación auricular han demostrado que el riesgo de presentar un ACV disminuye con el empleo de la anticoagulación oral (ACO), con una reducción relativa del riesgo frente a placebo del 68% (IC, 39-83%) y de ácido acetilsalicílico (reducción relativa del riesgo frente a placebo del 36% [IC, 4-57%])³⁻⁸.

La Sociedad Española de Cardiología⁹ (y otras instituciones), basándose en los mencionados estudios, hacen unas recomendaciones de profilaxis tromboembólica (PTE) en pacientes con fibrilación auricular crónica que se exponen en la tabla 1. Dicha sociedad recomienda el tratamiento con ACO a los pacientes con factores de riesgo tromboembólico, así como a los mayores de 75 años. En los pacientes menores de 65 años, sin factores de riesgo, recomienda el uso de ácido acetilsalicílico o no administrar PTE. Para los pacientes entre 65 y 75 años, sin factores de riesgo, aconseja valorar entre el empleo de ácido acetilsalicílico o ACO.

El objetivo de nuestro estudio es conocer el grado de adecuación de la PTE, según las mencionadas recomendaciones, en un grupo de pacientes con fibrilación auricular crónica, en el ámbito de la atención primaria.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, en el que han participado 3 centros de atención primaria de carácter urbano, pertenecientes al Área Sanitaria 4 del INSALUD de Madrid (Centros de Atención Primaria Monóvar, Dr. Cirajas y Jazmín). En él se ha incluido a todos los pacientes registrados, hasta abril de 2001, mediante el programa informático de gestión asistencial OMI, con el diagnóstico de fibrilación auricular crónica ($n = 274$). Se ha excluido a los pacientes sin historia clínica y a los portadores de prótesis valvular.

Como fuente de información se ha utilizado la historia clínica. La recogida de los datos la han realizado los médicos participantes en el estudio, mediante la cumplimentación de una hoja de datos diseñada para este fin, durante abril-mayo de 2001. Se han recogido las variables de edad y sexo, existencia de factores de riesgo de embolia (tabla 2), presencia de contraindicaciones para la ACO (tabla 3), tipo de PTE (ácido acetilsalicílico, ACO, clopidogrel, ticlopidina, triflusol o dipiridamol). Otras va-

**TABLA
1**

Recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología⁹ para el uso de la profilaxis tromboembólica (PTE) en pacientes con fibrilación auricular

Edad (años)	FR para embolia*	Recomendaciones
< 65	Ausencia	AAS o no PTE
	Presencia	Anticoagulación oral
65-75	Ausencia	Anticoagulación oral o AAS
	Presencia	Anticoagulación oral
> 75	Ausencia	Anticoagulación oral
	Presencia	Anticoagulación oral

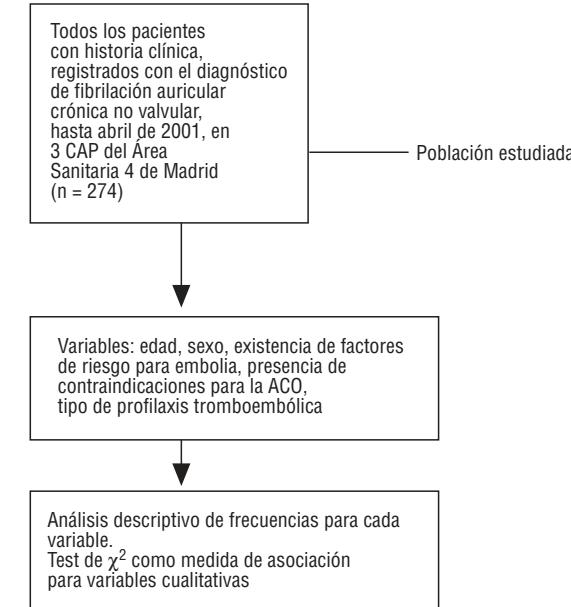
FR: factores de riesgo; AAS: ácido acetilsalicílico.

*Véase tabla 2.

riables, asimismo recogidas, fueron: realización de ecocardiografía, cifra de la última ratio normalizada internacional registrada, acontecimientos desfavorables ocurridos (ACV o accidente isquémico transitorio, hemorragia mayor que requiriera ingreso o con resultado fatal y hemorragia intracranal).

Los datos obtenidos se han procesado mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.0. Se ha realizado un análisis descriptivo de frecuencias de cada una de las variables y se ha empleado como medida de asociación para variables cualitativas la prueba de la χ^2 .

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, trasversal para determinar el grado de adecuación de la profilaxis tromboembólica a las recomendaciones.

TABLA 2**Factores de riesgo de presentar embolia**

Hipertensión arterial
Insuficiencia cardíaca congestiva
Fracción de eyección menor del 40% ^a
Accidente cerebrovascular previo
Embolia previa
Valvulopatía mitral reumática ^a
Aurícula izquierda mayor ^a de 4,5 cm ²
Miocardiopatía dilatada ^a
Diabetes mellitus ^b
Cardiopatía isquémica ^b

^aObtención del diagnóstico mediante ecografía.^bDiabetes mellitus y cardiopatía isquémica son también factores de riesgo para embolia pero de menor consistencia que los previos; por lo tanto, se debe valorar la mayor eficacia de la anticoagulación oral (comparada con el ácido acetilsalicílico) frente al riesgo de hemorragia.**TABLA 3****Contraindicaciones de la anticoagulación**

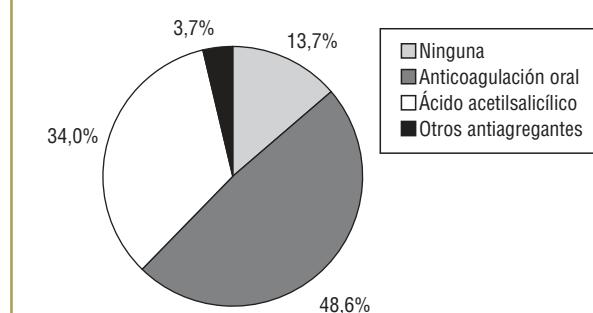
Absolutas	Relativas
Diátesis hemorrágica	Enfermedad hepática grave
Alergia a cumarínicos	Enfermedad renal grave
Hemorragia activa ^a	Aneurisma de aorta
Aneurisma intracerebral	Trastorno de la marcha
Hipertensión arterial grave o no controlable ^b	Cirugía reciente del sistema nervioso central
	Cirugía reciente oftalmológica
	Alcoholismo
	Tendencia al suicidio
	Alteración del estado mental
	Esteatorrea

^aÚlcera hemorrágica, neoplasias ulceradas, retinopatía hemorrágica, hemorragia intracraneal.^bPresión arterial diastólica > 120 mmHg.

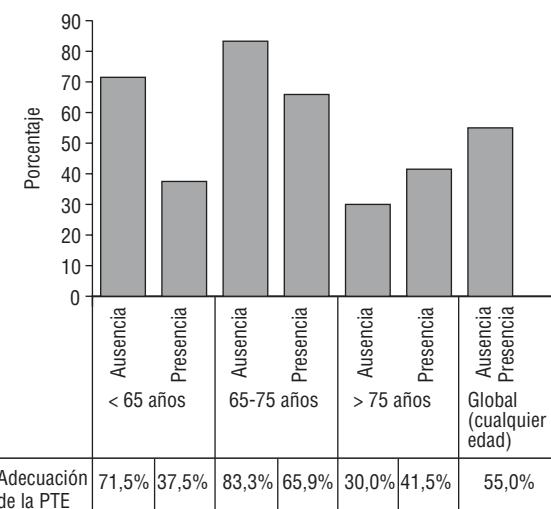
Resultados

Se incluyó y evaluó a un total de 274 pacientes (universo completo). La media de edad ± desviación estándar fue de 75 ± 9 años y el 52% eran mujeres. El 82% de los pacientes tenía al menos un factor de riesgo tromboembólico; el más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida de valvulopatía mitral de origen reumático. El tipo de PTE más frecuentemente empleada fue la ACO, seguida del ácido acetilsalicílico (fig. 1).

El grado de adecuación de la PTE, distribuida en función de la edad y la presencia de factores de riesgo embolígenos, queda reflejado en la figura 2. Cabe destacar que, globalmente, un 45% de los pacientes no recibía una adecuada PTE, porcentaje que llegaba a ser de un 70% en el sub-

**FIGURA 1**

Descripción de la profilaxis tromboembólica.

**FIGURA 2**

Grado de adecuación de la profilaxis tromboembólica basada en las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología.

grupo de pacientes mayores de 75 años, sin factores de riesgo embolígenos.

Se encontró un 13,5% de pacientes con riesgo embolígeno sin ningún tipo de PTE. El 45,6% de los pacientes tenía realizado un ecocardiograma y sólo el 15% tenía recogido en la historia clínica la última ratio internacional normalizada. Ésta se hallaba en rango terapéutico en el 58,5% de los casos.

En lo referente a los acontecimientos desfavorables, el más frecuente fue el ACV, como puede verse en la tabla 4.

Los subgrupos de pacientes con una proporción de ACO superior a la del total de enfermos fueron los siguientes: enfermos con factores de riesgo, edad inferior o igual a 75

TABLA 4**Distribución de acontecimientos desfavorables**

Acontecimientos	Porcentaje
Accidente cerebrovascular	7,3
Hemorragia mayor	1,5
Hemorragia intracranal	0,4

TABLA 5**Distribución de la anticoagulación oral (ACO) por subgrupos en pacientes sin contraindicación absoluta para su administración**

Subgrupos	ACO (%)	p*
Factores de riesgo		
Presencia	55,1	< 0,01
Ausencia	33,3	
Edad (años)		
> 75	41,6	< 0,01
≤ 75	60,6	
Edad > 75 años		
Centro A	42,1	NS
Centro B	45,5	
Centro C	33,3	
Edad ≤ 75 años		
Centro A	67,9	NS
Centro B	52,1	
Centro C	57,1	
Ecocardiograma		
Presencia	66,9	< 0,01
Ausencia	36,2	
Sexo		
Masculino	46,9	NS
Femenino	53,1	
Global	48,3	

NS: no significativo.

*El valor de la p se ha calculado con el único fin de conocer si las diferencias encontradas hubieran sido significativas en el caso de haberse seleccionado muestras poblacionales, en lugar del universo completo de los pacientes.

años, sexo femenino y pacientes con estudio ecocardiográfico realizado.

Los 3 centros mostraron gran variabilidad en la prescripción de ACO, de tal forma que el rango de prescripción fue de un 12,2% para el grupo de edad mayor de 75 años y de un 15,8% para el grupo con una edad de 75 años o inferior. Dado que se estudió a todos los enfermos, las comparaciones de las frecuencias relativas de anticoagulación encontradas en los diversos subgrupos poblacionales no precisan de test de contraste de hipótesis ni del cálculo de la significación estadística. Sin embargo, en la tabla 5 se indica el valor de la p, con un fin meramente ilustrativo, con objeto

de permitir la comparación de resultados con los de estudios similares, realizados con muestras poblacionales. Se demostró asociación estadísticamente significativa entre el empleo de ACO y las siguientes variables: presencia de factores de riesgo tromboembólicos ($p < 0,01$), edad inferior o igual a 75 años ($p < 0,01$) y realización de ecocardiografía ($p < 0,01$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo para la administración de ACO.

Discusión

Aunque el riesgo de presentar un ACV que tienen los pacientes con fibrilación auricular crónica y alto riesgo de embolia puede reducirse significativamente mediante una adecuada PTE, hemos encontrado una baja adecuación de ésta en este grupo de pacientes. La infrautilización de la ACO observada en los pacientes con factores de riesgo de embolia y sin contraindicación para la ACO en nuestro estudio es menor que en estudios similares. Por ejemplo, el 55% de nuestros pacientes recibían ACO, frente al 28% de los estudiados por Martín et al¹⁰, el 44% de Albers et al¹¹ y el 50% de los enfermos del estudio de Pérez et al¹². También observamos un menor porcentaje de pacientes que presentaban factores de riesgo para trombosis y no recibían

**Discusión
Cuadro resumen****Lo conocido sobre el tema**

- En los pacientes con fibrilación auricular crónica tratados con anticoagulantes orales el riesgo de presentar un accidente cerebrovascular se reduce un 68%.
- Hasta un 33,3% de los pacientes con fibrilación auricular crónica no reumática atendidos en atención primaria no recibían en 1997 ningún tipo de profilaxis tromboembólica.
- Los pacientes de mayor edad se benefician más del tratamiento anticoagulante, pues tienen mayor riesgo de presentar un accidente cerebrovascular.

Qué aporta este estudio

- El 45% de los pacientes con fibrilación auricular crónica atendidos en atención primaria no recibe una adecuada profilaxis de accidente cerebrovascular. Este porcentaje aumenta hasta el 64,25% para los mayores de 75 años.
- El 13,5% no recibe ningún tipo de profilaxis tromboembólica.

ningún tipo de PTE. Estos estudios, a diferencia del nuestro, estaban realizados con pacientes procedentes del ámbito hospitalario.

Brotons et al¹³, en un estudio multicéntrico en el ámbito de la atención primaria realizado en Cataluña durante 1997, encontraron un 33,3% de pacientes con fibrilación auricular no reumática sin PTE.

Al igual que en otras publicaciones^{10,12}, ser paciente mayor de 75 años se asocia de forma significativa a una disminución del empleo de ACO. Paradójicamente, este grupo de edad tiene un alto riesgo de presentar un ACV (riesgo anual del 3,5% para pacientes mayores de 75 años sin factores de riesgo y del 8,1% para pacientes con factores de riesgo asociados), por lo que la ACO está recomendada independientemente de la presencia de factores de riesgo tromboembólicos¹⁴. Uno de los factores que podrían explicar la disminución del tratamiento anticoagulante en la población anciana sería su mayor riesgo de hemorragia intracranal (un 1,8% anual en pacientes con una media de edad de 80 años y una ratio normalizada internacional media de 2,6)¹⁵. Otros factores implicados podrían ser los siguientes: mayor dificultad para la realización de los controles adecuados y mayor porcentaje de pacientes dependientes para las actividades diarias sin un claro cuidador.

El estudio recalca la baja adecuación de la PTE que perciben los pacientes con fibrilación auricular y alto riesgo tromboembólico en los centros de atención primaria. Aunque sería materia de otro estudio conocer las causas, planteamos que la incorporación de actividades formativas sobre la PTE en los equipos de atención primaria podría mejorar los resultados.

Bibliografía

1. Wolf PA, Dawber TR, Thomas HE Jr, Kannel WB. Epidemiologic assessment of chronic atrial fibrillation and risk of stroke: the Framingham study. *Neurology* 1978;28:973-7.
2. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. *Stroke* 1991;22:983-8.
3. Petersen P, Boysen G, Godtfredsen J, Andersen E, Andersen B. Placebo-controlled, randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation: the Copenhagen AFASAK study. *Lancet* 1989;1:175-8.
4. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study: final results. *Circulation* 1991;84:527-39.
5. The Boston Area Anticoagulation Trial for Atrial Fibrillation Investigators. The effect of low-dose warfarin on the risk of stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. *N Engl J Med* 1990;323:1505-11.
6. Connolly SJ, Laupacis A, Gent M, Roberts RS, Cairns JA, Joyner C. Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation (CAFA) Study. *J Am Coll Cardiol* 1991;18:349-55.
7. Ezekowitz MD, Bridgers SL, James KE, Carliner NH, Colling CL, Gornick CC, et al. Warfarin in the prevention of stroke associated with nonrheumatic atrial fibrillation. *N Engl J Med* 1992;327:1406-12.
8. Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomised clinical trials. *Arch Intern Med* 1994;154:1449-57.
9. Heras M, Fernández A, Gómez JA, Iriarte JA, Lidón RM, Pérez F, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Recomendaciones para el uso del tratamiento antitrombótico en cardiología. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:801-20.
10. Martín E, Salgado F, Sánchez A, Martos F, González JA, Fuentes T. Valoración del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular. *Aten Primaria* 1998;22:172-5.
11. Albers GW, Yim JM, Belew KM, Bittar N, Hattemer CR, Phillips BG. Status of antithrombotic therapy for patients with atrial fibrillation in university hospitals. *Arch Intern Med* 1996;156:2311-6.
12. Pérez I, Melbourn A, Kalra L. Use of antithrombotic measures for stroke prevention in atrial fibrillation. *Heart* 1999;82:570-4.
13. Brotons C, Moral I, Antón JJ, Cobos M, Cucurull E, Gallego C, et al. Tratamiento preventivo de la fibrilación auricular no reumática: de la eficacia de los ensayos clínicos a la efectividad en la práctica clínica. *Aten Primaria* 1997;20:367-71.
14. Laupacis A, Albers GW, Dalen JE, Dunn MI, Jacobson AK, Singer DE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 1998;114:579S-89S.
15. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study. *Lancet* 1994;3:687-91.