

Cartas al Editor

Nuevos datos sobre fibrilación auricular, observaciones al estudio OFRECE



New Data About Atrial Fibrillation, Comment to the OFRECE Study

Sra. Editora:

Hemos leído con atención el oportuno artículo de Gómez-Doblas et al¹ sobre el estudio OFRECE, que se centra exclusivamente en la prevalencia de fibrilación auricular (FA) en España y arroja interesantes datos al respecto de las características de la FA en nuestras consultas de atención primaria (AP).

El estudio VAL-FAAP², con un elevado número de sujetos evaluados, ya había mostrado una prevalencia de FA del 6,1% de todos los pacientes que acudían a consulta de AP; dado el alto número de sujetos incluidos, se piensa que esa cifra podría aproximarse al porcentaje real de una población que acude al consultorio de AP, objetivo de este tipo de muestreos. Los datos del OFRECE podrían ser incluso más precisos por la metodología empleada, y sitúan dicha prevalencia en torno al 4,4% de los mayores de 40 años, dato muy similar al que nuestro grupo ya había comunicado en un estudio realizado en 2000³, en el que se registró a 6.325 pacientes que acudieron consecutivamente y por cualquier causa a la consulta de AP; de ellos, el 3,86% tenía diagnóstico de FA; eso sí, dicho hallazgo se limita a un área poblacional concreta de AP.

Nuestro interés surge al respecto del estudio OFRECE¹, ya que, por un lado, es digno de mención el esfuerzo, liderado desde la Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología, por conocer la prevalencia de FA en nuestro medio, pero por otro se echa en falta en la presentación de los datos conocer el riesgo tromboembólico de dicha población, lo cual probablemente se pueda calcular con los datos recogidos. Quizá haya que esperar a una nueva publicación para conocer cuál es la diferente distribución de CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc en dicha población, dato que ha ido cobrando importancia a la luz de las guías de práctica clínica de FA vigentes en nuestro medio.

Los autores del estudio VAL-FAAP, en una reciente publicación⁴ sobre el manejo del riesgo tromboembólico, observaron que hay importante margen de mejora en el manejo del tratamiento antitrombótico de estos pacientes con FA en AP, ya que el tratamiento no se ajusta al que deberían recibir según las escalas de estratificación de riesgo CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc. Ante estos hallazgos, pensamos que la educación y la formación continuada

de los médicos de AP debe tener un papel esencial para identificar a los pacientes de alto riesgo tromboembólico, y nos parece que podría ser de gran utilidad reflejar cuál es el riesgo tromboembólico de los pacientes del estudio OFRECE que acuden a nuestras consultas de AP.

Creemos que estudios como OFRECE¹ o VAL-FAAP^{2,4} representan una excelente oportunidad para conocer nuevos datos centrados en nuestro medio sobre una entidad tan frecuente en las consultas de AP y con elevadas morbilidad y mortalidad, como es la FA, sobre la que cualquier información adicional siempre debe ser bien recibida.

Rafael Vidal-Pérez^{a,*}, Fernando Otero-Raviña^b,
Manuel Otero-Mata^c y José Ramón González-Juanatey^a

^aServizo de Cardiología, Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^bDirección Xeral de Asistencia Sanitaria, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^cCentro de Salud de Vedra, Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: rafavidal@hotmail.com (R. Vidal-Pérez).

On-line el 27 de marzo de 2014

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Doblas JJ, Muñiz 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.
- Barrios V, Calderón A, Escobar C, de la Figuera M. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Val-FAAP Rev Esp Cardiol. 2012;65:47-53.
- 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;203:570-6.
- Barrios V, Escobar C, Calderón A, Rodríguez Roca GC, Llisterri JL, Polo García J. Uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA₂DS₂-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2014;67:150-1.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.07.015>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.02.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.005>

Nuevos datos sobre fibrilación auricular, observaciones al estudio OFRECE. Respuesta



New Data About Atrial Fibrillation, Comment to the OFRECE Study. Response

Sra. Editora:

Nos complace el interés mostrado por Vidal-Pérez et al en relación con nuestro artículo publicado recientemente en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹, que nos da la oportunidad de ampliar la

información recogida en el artículo con resultados de mucho interés. Coincidimos en que es relevante conocer el riesgo tromboembólico de la población incluida en el estudio OFRECE, tanto de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular como de la población general. En nuestro estudio, las medias \pm desviación estándar de CHADS₂ y CHAD₂DS₂-VASc de los pacientes con fibrilación auricular eran $2,3 \pm 1,3$ y $3,8 \pm 1,6$ respectivamente. Las CHADS₂ y CHAD₂DS₂-VASc de la población general sin evidencia de fibrilación auricular eran $0,8 \pm 1$ y $1,8 \pm 1,5$ respectivamente. Si comparamos la distribución de ambas escalas con las del estudio Val-FAAP y el estudio AFABE, todas en población con fibrilación auricular,

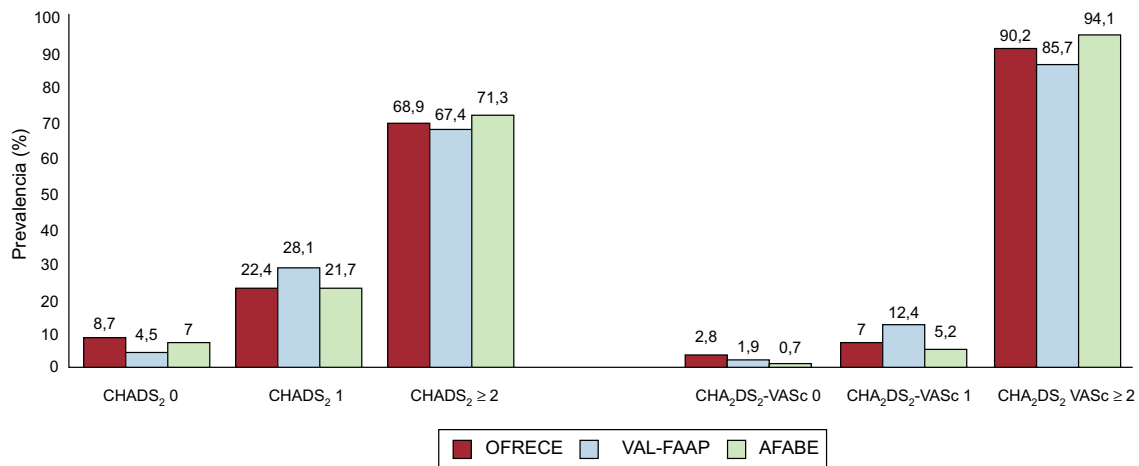


Figura. Prevalencias por escalas de riesgo tromboembólico en los estudios OFRECE, AFABE y Val-FAAP.

podemos apreciar que son datos concordantes^{2,3}, aunque con más similitud en los dos estudios de base poblacional (figura). Pensamos que estos datos son relevantes porque, por un lado, podemos apreciar que el nivel de riesgo en la población con fibrilación auricular es muy parecido al de las poblaciones incluidas en los ensayos clínicos de los nuevos anticoagulantes orales y, por otro lado, cada vez hay más información relativa a que niveles elevados de riesgo tromboembólico, medidos por estas escalas en población sin fibrilación auricular diagnosticada, pueden estar relacionados con la aparición de eventos⁴.

Juan José Gómez-Doblas^{a,*}, Javier Muñoz^b, Joaquín J. Alonso Martín^c y Eulalia Roig^d

^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^bInstituto Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña, A Coruña, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^dServicio de Cardiología, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jgomezdoblas@secardiologia.es (J.J. Gómez-Doblas).

On-line el 10 de mayo de 2014

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.
- 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.
- 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;66:545-55.
- Ntaios G, Lip GY, Makaritsis K, Papavasileiou V, Vemou A, Koroboki E, et al. CHADS₂-CHA₂S₂DS₂-VASc and long-term stroke outcome in patients without atrial fibrillation. Neurology. 2013;80:1009-17.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.005>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.02.006>

Modelo de cuantificación específico de la válvula aórtica



Specific Modeling and Quantification of the Aortic Valve

Sra. Editora:

He leído con gran interés el artículo titulado «Nuevo modelo de cuantificación aórtica en pacientes pre-TAVI»¹. Los autores han aplicado un nuevo programa informático especializado (Auto Valve Analysis, Siemens; California, Estados Unidos) para evaluar el implante percutáneo de válvula aórtica. Aunque los autores se han centrado únicamente en el anillo aórtico, este nuevo programa puede proporcionar una información adicional más exacta al cardiólogo intervencionista.

Para los pacientes con estenosis aórtica grave y riesgo elevado para la operación, el implante percutáneo de válvula aórtica es una terapia alternativa^{2,3}. La obstrucción coronaria debida al desplazamiento de los velos calcificados de la válvula nativa sobre los ostium coronarios, especialmente en el contexto de un ostium coronario de posición baja y un seno de Valsalva superficial, es una complicación del implante percutáneo de válvula aórtica que puede poner en

peligro la vida del paciente. La combinación de un ostium arterial coronario de posición relativamente baja y una valva de la válvula aórtica nativa grande puede conducir a la obstrucción del flujo. En consecuencia, es esencial evaluar la relación entre la posición de los ostium y la de las valvas antes de la intervención. Además, se debe determinar la anchura del seno de Valsalva. La aortografía, la tomografía computarizada y la ecocardiografía transesofágica se emplean para evaluar la distancia entre el anillo valvular y el ostium y la anchura del seno de Valsalva. Con la introducción de los modelos cuantitativos automáticos de la raíz aórtica basados en la ecocardiografía transesofágica tridimensional (Auto Valve Analysis, Siemens), se puede evaluar la anatomía de las valvas (longitud y altura), la distancia entre el anillo valvular y los ostium coronarios y altura y anchura del seno de Valsalva. Además de la evaluación del anillo aórtico para determinar el tamaño ideal del implante valvular, con este nuevo programa informático se puede determinar la posición de las arterias coronarias respecto a las valvas aórticas (relación anillo-valva-ostium)^{4,5}.

El anillo aórtico se forma mediante la unión de los puntos de anclaje basales de las valvas en el interior del ventrículo izquierdo⁶. La forma del anillo no es circular, sino que puede ser oval o elíptica, y con la calcificación pasa a ser poco homogénea. Que el anillo