Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

44.973 pacientes mayores de 18 años e identificaron a todos los pacientes de sus cupos diagnosticados de FA, que resultaron ser 1.045, lo que representa una prevalencia de 2,32% sobre el total de la población mayor de 18 años, dato no publicado previamente y que, aun pudiendo no ser completamente representativo de la población española, nos parece más fiable por cuanto se refiere a la población total y no a los que acuden a la consulta por alguna enfermedad.

Creemos que estudios como este[1] o el de Riesgo et al[4] representan una buena oportunidad para conocer los datos relativos a una entidad tan frecuente en las consultas de AP y con elevada morbilidad y mortalidad como es la FA, en la que cualquier información adicional siempre debe ser bienvenida.

Rafael Vidal-Pérez[a,*], Fernando Otero-Raviña[b], Victorino Turrado Turrado[c] y José Ramón González-Juanatey[a]

[a]*Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España*
[b]*Sección de Coordinación Asistencial, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España*
[c]*Centro de Salud-Ambulatorio Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: rafavidal@hotmail.com (R. Vidal-Pérez).

On-line el 14 de marzo de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Calderón A, Escobar C, De la Figuera M; en representación del Grupo de Atención Primaria de la sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol. 2012;65:47–53.
2. García-Castelo A, García-Seara J, Otero-Raviña F, Lado M, Vizcaya A, Vidal JM, et al. Prognostic impact of atrial fibrillation progression in a community study: AFBAR Study (Atrial Fibrillation in the Barbanza Area Study). Int J Cardiol. 2011;153:68–73.
3. 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.
4. Riesgo A, Sant E, Benito L, Hoyo J, Miró O, Mont L, et al. Diferencias de género en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular: análisis de base poblacional en un área básica de salud. Rev Esp Cardiol. 2011;64:233–6.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.08.008
DOI: 10.1016/j.recesp.2012.01.004

doi: 10.1016/j.recesp.2012.01.003

El cambio de tipo de fibrilación auricular, observaciones al registro Val-FAAP. Respuesta

Change in Atrial Fibrillation Status, Comments to Val-FAAP Registry. Response

Sra. Editora:

En primer lugar, nos gustaría agradecer el interés de Vidal-Pérez et al por el estudio Val-FAAP y sus resultados. Uno de los aspectos que se estudió en el Val-FAAP fue analizar el perfil clínico de los pacientes en los que la fibrilación auricular (FA) evolucionó a permanente en comparación con el de aquellos en que no[1]. Los que evolucionaron hacia una FA permanente tenían mayor edad y más comorbilidades. Debido al diseño del estudio, de corte transversal, no fue posible valorar el impacto pronóstico del paso a FA permanente. En este sentido, el estudio AFBAR objetivó que el cambio en el estado de FA aumentaba en casi 3 veces la variable combinada de muerte u hospitalización[2]. Sin embargo, también lo hacían la cardiopatía isquémica y la disfunción ventricular izquierda. A la luz de estos datos, surge la duda de si el cambio a FA permanente es un predictor independiente de eventos cardiovasculares o simplemente en los pacientes con una cardiopatía de base, cuya mortalidad es mayor, la FA permanente es más frecuente.

En cuanto a la metodología del estudio Val-FAAP, a la hora de comparar el perfil clínico de los pacientes que pasaron a FA permanente, se consideró a todos los pacientes que pasaron a FA permanente, independientemente de si esta inicialmente era de reciente comienzo, paroxística o persistente. Para valorar el cambio en el estado de FA, se consideró, por un lado, el tipo de FA cuando acudió por primera vez a la consulta con el diagnóstico de FA (se recogieron los datos de la historia clínica), y por otro, el tipo de FA en el momento de recoger los datos. La discordancia en el porcentaje de cambio a FA permanente con el estudio AFBAR se debe muy probablemente a que el periodo entre el diagnóstico inicial de FA y el momento de la recogida de datos fue mayor en el estudio Val-FAAP, si bien este no se cuantificó.

A la hora de determinar la prevalencia de una determinada enfermedad hay que ser muy cuidadoso con los aspectos metodológicos. Para hablar de prevalencia de una patología se debe realizar su detección en una muestra representativa de la población. Sin embargo, la mayoría de los estudios que se publican se realizan sobre población asistida en consulta y no son estudios poblacionales. Nos ha sorprendido que los investigadores de AFBAR consideren que la metodología de su estudio es más apropiada para estimar la prevalencia de la enfermedad. En este tipo de estudios es muy importante considerar la muestra que se escoge, dado que esta debe ser representativa de la población en estudio. Evidentemente, cuanto mayor sea la muestra, menor será la probabilidad de realizar algún sesgo de selección. En este sentido, en el estudio Val-FAAP se incluyó a 119.526 pacientes, representativos de toda la población española[1]. Con tamaños muestrales más pequeños, la posibilidad de sesgo es mayor, y más aún si la muestra se circunscribe sólo a un área geográfica muy concreta. Así es difícil generalizar los resultados obtenidos a otras poblaciones de otras zonas. Por otra parte, la FA tiene otra particularidad, y es que en un porcentaje significativo de casos cursa de manera asintomática o «silente» y, por lo tanto, puede no ser detectada. Este aspecto, además, es de gran importancia porque la FA subclínica tiene consecuencias clínicas muy relevantes, como muy recientemente se ha demostrado[3]. Si sólo se tiene en cuenta a los pacientes con un diagnóstico conocido de FA y no se analiza a toda la población incluida buscando la detección de la arritmia, como sí se hizo en el estudio Val-FAAP, sin duda se subestimará el porcentaje de pacientes con FA. Por todas estas razones, pensamos que, aunque los datos obtenidos por el estudio Val-FAAP sean sobre población asistida, parecen más ajustados a la realidad general en España que los obtenidos en trabajos realizados en territorios concretos y permite estimar mejor la prevalencia de la enfermedad en nuestro país.

Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Vivencio Barrios[a,*], Alberto Calderón[b], Carlos Escobar[c] y Mariano de la Figuera[d]

[a]*Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España*
[b]*Centro de Salud Rosa de Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España*
[c]*Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España*
[d]*Equipo de Atención Primaria Sardenya, CatSalut, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia:
Correos electrónicos: vbarriosa@meditex.es, vbarrios.hrc@salud.madrid.org (V. Barrios).

On-line el 15 de marzo de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Calderón A, Escobar C, De la Figuera M; en representación del Grupo de Atención Primaria de la sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol. 2012;65:47–53.
2. García-Castelo A, García-Seara J, Otero-Raviña F, Lado M, Vizcaya A, Vidal JM, et al. Prognostic impact of atrial fibrillation progression in a community study: AFBAR Study (Atrial Fibrillation in the Barbanza Area Study). Int J Cardiol. 2011;153:68–73.
3. Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, Israel CW, Van Gelder IC, Capucci A, et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. N Engl J Med. 2012; 366:120–9.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2012.01.003

doi: 10.1016/j.recesp.2012.01.004