

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN TEMUCO AÑO 2011.

Epidemiologic profile of patients with atrial fibrillation in anticoagulant treatment in Temuco year 2011.

Yasna Salinas Gallegos¹, Roberto Reveco Betancourt¹, Carlos Ayala Pardo², Roberto Durán Fernández², Dr. Fernando Lanas Zanetti³, Dr. Pablo Potthoff Navarrete.³

(1) Alumno Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

(2) Interno Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

(3) Académico, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Correspondencia:

No registrada

Aprobado:

Marzo de 2007

Conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés.

Rev Estud Med Sur 7(1): 18-21

DOI:

RESUMEN

Introducción: Fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica, su prevalencia fluctúa entre 0,2 y 9% en la población general, dependiendo del grupo etario. Es responsable de una alta morbilidad y mortalidad, constituyendo un problema de salud pública mundial. Pacientes y método: Estudio de Corte transversal. Se encuestó a 151 pacientes con FA en tratamiento anticoagulante (TACO) en Temuco y se evaluó la frecuencia de SAHOS estimada a partir de la Escala Epworth, durante el año 2011. Los datos fueron analizados en Stata 10.0. Objetivo: Determinar la asociación de enfermedades con FA en la población de Temuco. Resultados: De la población estudiada, 58,2% son hombres, el promedio de edad fue 69,3 ± 10, un 75,5% era hipertenso, 41% tuvo un IMC > 30%, el 27,4% tuvo un EPW positivo, y un 11,9% consumen alcohol. Conclusiones: Los resultados obtenidos en la población estudiada, son similares a los obtenidos en estudios internacionales. La edad y la HTA, fueron los factores de riesgo que presentaron mayor asociación con FA. La prevalencia de SAHOS en la población estudiada, es importante, por lo cual, sería necesario contar con un mayor acceso a estudios como la polisomnografía en nuestra región, para diagnosticar y tratar a los pacientes con el fin de prevenir las complicaciones derivadas de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Fibrilación atrial, Prevalencia, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia in clinical practice, its prevalence varies between 0.2 and 9% in the general population, depending on age group. It is responsible for high morbidity and mortality, providing a global public health problem. **Objective:** To determine the association of different diseases with AF in patients of Temuco, Chile. **Patients and method:** Cross section. We surveyed 151 patients with AF TACO in Temuco and assessed the frequency of OSAHS estimated from the Epworth scale, in 2011. The data were analyzed in Stata 10.0. **Results:** Of the population studied, 58.2% men, mean age was 69.3 ± 10 , 75.5% had hypertension, 41% had a BMI > 30%, 27.4% had a positive EPW, 11,9% consume alcohol. **Conclusions:** The results of the study population are similar to those obtained in international studies. Age and hypertension were the risk factors that had a higher association with AF. The prevalence of OSAHS in this population is important, therefore, be necessary to have greater access to studies such as polysomnography in our region, to diagnose and treat patients in order to prevent complications from this disease.

KEYWORDS: Atrial Fibrillation, Prevalence, Risk factors.

INTRODUCCIÓN

Fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica, su prevalencia fluctúa entre 0,2 y 9%, dependiendo del grupo etario (1). La FA es un problema de salud pública, su prevalencia por edad ajustada en Estados Unidos se ha triplicado desde 1960 a 1980(2) y en el año 2000 aproximadamente 2.000.000 de estadounidenses adultos tenían FA (3), este número se espera que exceda los 5.000.000 para el 2050 (4). Esto causa alarma dada la significativa morbimortalidad y costo económico relacionado (5, 6).

Los factores asociados a FA son edad, sexo masculino, HTA, obesidad, SAHOS, consumo de alcohol, entre otros. La obesidad es reconocida como epidemia mundial (7,8).

La prevalencia de síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) está directamente relacionada con índice de Masa corporal (IMC), más del 40% de los pacientes obesos tienen SAHOS (9). El paralelo epidemiológico entre FA y obesidad, puede reflejar factores de riesgo comunes, a su vez, el SAHOS y FA comparten muchos factores de riesgo y comorbilidades incluyendo sexo masculino, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva y patología coronaria (10). Estudios con pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva mostraron alta prevalencia de FA en aquellos pacientes con SAHOS (11,12).

SAHOS y FA comparten numerosas enfermedades

asociadas, la prevalencia de SAHOS en pacientes con FA es desconocida, esto es por que el SAHOS es significativamente subdiagnosticado (13), a pesar de esto se sabe que el tratamiento de SAHOS disminuye el riesgo de FA recurrente (14). Determinar la prevalencia de las comorbilidades en paciente con FA es clínicamente importante. Este trabajo busca determinar la asociación de enfermedades con FA en la población de Temuco.

PACIENTE Y MÉTODO

El diseño de este estudio es de corte transversal. Se encuestó en forma secuencial a 151 pacientes con FA en control en el programa de TACO en Temuco. Se incluyeron pacientes con FA en taco y se excluyeron todos los pacientes que estén en TACO por alguna otra causa. Se registró su edad, sexo, índice de masa corporal, hábito tabáquico, consumo de alcohol y antecedentes médicos de hipertensión arterial, infartos al corazón, trombosis cerebral y diabetes mellitus. Además se evaluó la frecuencia de SAHOS estimada a partir de la Escala Epworth (probablemente SAHOS cuando EPW >8 puntos). Estos registros se realizaron durante el año 2011. Los datos fueron analizados en Stata 10.0.

RESULTADO

58,2% fueron hombres, el promedio de edad fue 69,3 10,1. El porcentaje de pacientes con IMC >30 y EPW positivo fue de 27,4%.

VARIABLE	PREVALENCIA
IMC	29,3±5,0
Frecuencia IMC > 30%	41,0 %
■HTA	75,5%
■IAM antiguo	33,1%
■Tabaquismo	3,3%
■OH	11,9%
■ACV	17,3%
■DM	32,6%

DISCUSIÓN

La edad y la HTA, fueron los factores de riesgo que presentaron mayor asociación con FA siendo más frecuente en personas que bordean los 70 años y se observó una asociación de FA con HTA del 75.5%.

En nuestro estudio el promedio de edad fue 69.3±10.1. La prevalencia de FA se incrementa con la edad, afectando al 6 %- 8 % de los sujetos mayores de 60 y 80 años, respectivamente, siendo 4% entre los 60-69 años y del 9% en los mayores de 75 años. Aproximadamente el 70 % de los pacientes afectados se encuentran entre los 65 y 85 años. El estudio ATRIA (Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation) señala que en EE.UU. actualmente existen 2,2 millones de personas con FA y se prevé un aumento a 5,6 millones para el año 2050 (15, 16, 17) . En la población estudiada, el promedio de edad fue de 69,3±10, lo cual concuerda con la literatura y podemos decir que la edad es el principal factor de riesgo para FA.

Los datos obtenidos del estudio CARDIOTENS indican que en España cerca del 70% de los pacientes con FA presentan historia de HTA (18). La disfunción diastólica (DD) favorece el desarrollo de FA. La DD es consecuencia de la HTA o de otras enfermedades, pero sin duda la HTA es la causa más importante y prevenible en sujetos hipertensos con ritmo sinusal (RS) y sin ninguna otra condición predisponente, el riesgo de FA está directamente relacionado con la masa ventricular izquierda (MVI). El tamaño de la aurícula izquierda (AI), en cambio, predispone a que la FA se vuelva permanente. La HTA genera HVI, provocando un llenado ventricular anormal, dilatación de la AI y retardo en la velocidad de la conducción auricular. Estos

cambios en la estructura y fisiología cardíacas favorecen el desarrollo de FA y aumentan el riesgo de complicaciones tromboembólicas, en nuestro estudio, la relación de FA con HTA fue de un 75,5%, siendo mayor que los resultados mencionados en el estudio CARDIOTENS, esto puede deberse a una menor compliance y a diferencias genéticas de las poblaciones (19). En Chile el 26.9% de la población total presenta HTA. (20)

En nuestra población la FA predominó en el sexo masculino llegando casi al 60%, corroborándose con lo demostrado el estudio Framingham donde los varones tenían un riesgo de presentar FA 1,5 veces mayor que las mujeres después de ajustar la edad y las enfermedades predisponentes. No se ha explicado el motivo del predominio masculino del riesgo (1).

El 41% de las personas estudiadas presentó obesidad, recientemente la obesidad se estableció como factor de riesgo para FA, en un estudio se observó, que tras ajustar factores de riesgo clínico, el aumento de una unidad de IMC, se asocia con incremento del 4% en el riesgo de FA y origina un aumento de riesgo de 1,5 veces, comparado con individuos de IMC normal (21). En Chile el 25.1% de la población total presenta obesidad. (20)

El estudio indagó la prevalencia de SAHOS en la población seleccionada y resultó ser un 27,4%, es importante ya que estudios apoyan el concepto de que no solamente las condiciones asociadas a SAHOS pueden llevar a un FA, sino que puede existir interacción independiente entre la fisiopatología del SAHOS y FA. En pacientes con SAHOS, la hipoxemia intermitente, hipercapnia, excitación de quimiorreceptores, incremento de la actividad simpática y episodios de hipertensión que ocurren en la noche durante años, pueden iniciar o predisponer a FA (22). De hecho la hipoxemia y la hipercapnea por si mismas son arritmogénicas (23,24). En los pacientes con SAHOS el aumento de la actividad simpática persiste en los microdespertares y esto a su vez produce FA (25, 26, 27). Estos cambios estructurales podrían promover la aparición de FA ya que gatillan los canales iónicos atriales activados por extensión de las fibras musculares. La severidad del SAHOS está asociado a la elevación de marcadores sistémicos de inflamación incluyendo la PCR (28,29). A pesar de que estos mecanismos podrían explicar la relación entre SAHOS y FA el paradigma reverso puede ser cierto en algunos pacientes en quienes las arritmias atriales juegan un rol en la causa del SAHOS.

Existen importantes implicancias clínicas de los hallazgos de este estudio ya que gran proporción de pacientes con FA también presentan SAHOS aún más considerando que el número de pacientes con obesidad y FA está en aumento.

Aproximadamente el 12% de los encuestados consumen alcohol frecuentemente. Es reconocido en la práctica clínica la observación de episodios de FA tras una ingesta etílica importante, el papel del consumo etílico a largo plazo como factor de riesgo de FA también se ha establecido en trabajos prospectivos poblacionales. Alteraciones en tono vagal, estados hiperadrenérgicos, y la propia cardiotoxicidad del alcohol, podrían ser los mecanismos. En un estudio, el consumo de alcohol en rango moderado, no se relaciona con riesgo de FA; sin embargo el consumo de 35 g. o más semanales, se asocia con un aumento del riesgo de 1.5 veces, tras ajustar factores relacionados con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca (30). El estudio de Framingham corrobora esto, ya que menciona que el riesgo de FA aumenta entre los individuos que consumen más de 36 g. de alcohol al día (20). En Chile el 57.6% consume alcohol en un rango de un mes. (31)

Nuestro estudio se realizó a partir de una población seleccionada en TACO, que puede ser diferente de la población general lo cual es una limitante. Otra limitante del estudio puede ser la utilización del cuestionario de EPWORTH para clasificar a los pacientes con SAHOS no obstante lo utilizamos para clasificar a pacientes que probablemente tienen SAHOS y pacientes que

probablemente no lo tienen. En el estudio de Association of Atrial Fibrillation and Obstructive Sleep Apnea (AHA) lo compararon con el Gold Estándar para el diagnóstico de esta patología que es la polisomnografía, el cuestionario muestra una sensibilidad del 86% y una especificidad del 89% por lo que tuvo un valor predictivo positivo del 97% para SAHOS.

Otra limitación es que no hay un grupo control de sujetos sin FA, lo que no permite estudiar asociaciones entre los factores estudiados y la frecuencia de FA.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en la población estudiada, son similares a los obtenidos en estudios internacionales. La edad y la HTA, fueron las características epidemiológicas que presentaron mayor asociación con FA. Lo cual indica que son estos los factores de riesgo primordiales a los cuales deben apuntar los esfuerzos y recursos de prevención y pesquisa en la atención de salud primaria de nuestra Región, con el fin de disminuir la morbilidad por FA.

Por otra parte esta información es útil, para ser implementada en programas de actualización de patologías cardiovasculares dirigidas a médicos de atención primaria con el fin de que aumente la sospecha diagnóstica y la búsqueda de FA en pacientes de la Región, con las características epidemiológicas estudiadas.-

REFERENCIAS

1. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population based estimates. *Am J Cardiol* 1998; 82: 2N-9N.
2. Wolf PA, Benjamin EJ, Belanger AJ, et al. Secular trends in the prevalence of atrial fibrillation: the Framingham Study. *Am Heart J*. 1996; 131:790-795.
3. Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Tex: American Heart Association; 2003.
4. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, 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;285:2370-2375.
5. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1998;98: 946-952.
6. Wolf PA, Mitchell JB, Baker CS, et al. Impact of atrial fibrillation on mortality, stroke, and medical costs. *Arch Intern Med*. 1998;158: 229-234.
7. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998:1-276.
8. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA*. 2001;286:1195-1200.
9. Gami AS, Caples SM, Somers VK. Obesity and obstructive sleep apnea. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2003;32:869- 894.
10. Wolk R, Kara T, Somers VK. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease. *Circulation*. 2003;108:9-12.
11. Sin DD, Fitzgerald F, Parker JD, et al. Risk factors for central and obstructive sleep apnea in 450 men and women with congestive heart failure. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160:1101-1106.
12. Javaheri S, Parker TJ, Liming JD, et al.

- Sleep apnea in 81 ambulatory male patients with stable heart failure: types and their prevalences, consequences, and presentations. *Circulation*. 1998;97:2154-2159.
13. Young T, Evans L, Finn L, et al. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep*. 1997;20:705-706.
14. Kanagala R, Murali NS, Friedman PA, et al. Obstructive sleep apnea and the recurrence of atrial fibrillation. *Circulation*. 2003;107:2589-2594.
15. Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, Kronmal R, Hart RG. Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation. Analysis and implications. *Arch Intern Med*. 1995;155:469-73.
16. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA*. 1994;271:840-4.
17. 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;285:2370-5.
18. González-Juanatey JR, Alegría E, Lozano JV, Llisterri JL, García-Acuña JM, González Maqueda I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio CARDIOTENS 1999. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:139-49.
19. Vecchia P, Reboldi G, Gattobigio R, Bentivoglio M, Borgioni C, Angeli F, et al. Atrial fibrillation in hypertension: predictors and outcome. *Hypertension*. 2003;41:218-23.
20. Djousse L, Levy D, Benjamin E, et al. Long-term alcohol consumption and the risk of atrial fibrillation in the framingham study. *Am J Cardiol* 2004;93:710-3
21. Kanagala R, Murali N, Friedman P, et al. Obstructive sleep apnea and the recurrence of atrial fibrillation. *Circulation* 2003;107:2589-94.
22. Somers VK, Dyken ME, Clary MP, et al. Sympathetic neural mechanisms in obstructive sleep apnea. *J Clin Invest*. 1995;96:1897-1904.
23. Shepard JW Jr, Garrison MW, Grither DA, et al. Relationship of ventricular ectopy to nocturnal oxygen desaturation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med*. 1985;78:28-34.
24. Rogers RM, Spear JF, Moore EN, et al. Vulnerability of canine ventricle to fibrillation during hypoxia and respiratory acidosis. *Chest*. 1973;63: 986-994.
25. Narkiewicz K, van de Borne PJ, Cooley RL, et al. Sympathetic activity in Ob se subjects with and without obstructive sleep apnea. *Circulation*. 1998;98:772-776.
26. Grassi G, Seravalle G, Bertinieri G, et al. Behaviour of the adrenergic cardiovascular drive in atrial fibrillation and cardiac arrhythmias. *Acta Physiol Scand*. 2003;177:399-404.
27. Wallin BG, Delius W, Sundlof G. Human muscle nerve sympathetic activity in cardiac arrhythmias. *Scand J Clin Lab Invest*. 1974;34: 293-300.
28. Franz MR, Bode F. Mechano-electrical feedback underlying arrhythmias: the atrial fibrillation case. *Prog Biophys Mol Biol*. 2003;82:163-174.
29. Shamsuzzaman AS, Winnicki M, Lanfranchi P, et al. Elevated C-reactive protein in patients with obstructive sleep apnea. *Circulation*. 2002;105: 2462-2464.
30. Encuesta Vida y Salud (año 2000), INE. <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia19/VIGIA1906.pdf>
31. Mukamal K, Tolstrup J, Friberg j, et al. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation in men and women: The Copenhagen City Heart Study. *Circulation* 2005;112:1736-42.