

Registro SEC – EXCELENTE FA

**Una herramienta para la mejora de la calidad de la
atención médica a pacientes con fibrilación auricular en España.**

Investigadores:

Martin Ruiz Ortiz. Hospital Universitario Reina Sofia. Cordoba.

Elena Arbelo Laínez. Hospital Clinic. Barcelona.

Francisco Marin. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Alejandro Perez Cabeza. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Inmaculada Roldan Rabadan. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Raquel Marzoa. Hospital Universitario de Ferrol. La Coruña.

Rafael Peinado Peinado. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Almudena Valle Alberca. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

Alicia Ibáñez Criado. Hospital General Universitario de Alicante.

Alfonso Valle Muñoz. Hospital Marina Salud. Denia. Alicante.

Joaquin Osca Asensi. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Ana del Rio Lechuga. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción:

La Sociedad Española de Cardiología puso en marcha en 2016 el programa SEC-Excelente, un proyecto de acreditación de los procesos y procedimientos más prevalentes en el área cardiovascular, con el objetivo final de obtener la excelencia en la calidad asistencial, y nueve centros habían conseguido esta calificación en 2022 en el proceso de fibrilación auricular (FA). Por otro lado, la European Society of Cardiology (ESC) propuso en 2020 un conjunto de indicadores de calidad para evaluar la calidad de la atención en la FA. El objetivo del registro SEC-EXCELENTE FA es medir la calidad de la asistencia proporcionada a los pacientes con FA en los centros acreditados, a fin de adoptar las medidas que permitan mejorar dicha calidad.

Pacientes y Métodos:

Los nueve centros con acreditación SEC-Excelente en FA fueron invitados a participar en un registro retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ≥ 18 años con FA atendidos en la consulta externa o dados de alta de planta de cardiología del 6 al 12 de mayo de 2019. Se recolectaron datos con un protocolo estandarizado para evaluar la calidad de la atención, según lo recogido en el Proceso FA de SEC-Excelente, en el segundo semestre de 2022. Con esta información se valoró el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad considerados esenciales por el Proceso SEC-EXCELENTE FA, y también de aquellos propuestos por la European Society of Cardiology en 2020.

Resultados:

Se incluyó una muestra de 797 pacientes (edad media 72 ± 11 años, 60% varones). Las características basales están recogidas en la Tabla 1. El número de pacientes incluido por centro fue variable, entre 20 y 143, con un promedio de 89. Menos de la cuarta parte de los pacientes estaban hospitalizados a la inclusión. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el sedentarismo y la hipertensión arterial. Más de la mitad de los pacientes presentaron cardiopatía y casi una cuarta parte habían tenido un ingreso previo por insuficiencia cardíaca. La cardiopatía más frecuente fue la valvulopatía al menos moderada, seguida de la cardiopatía isquémica, y un 6.4% presentó estenosis mitral al menos moderada o prótesis mecánica. Las comorbilidades más frecuentes fueron la insuficiencia renal y la anemia. Los valores medios de las escalas de CHA2DS2VASc, HAS-BLED y Charlson fueron de 3.4 ± 1.8 , 1.8 ± 1.2 y 2.4 ± 2.3 . La mayoría de los pacientes presentaron fibrilación auricular paroxística o permanente y se encontraban asintomáticos o con síntomas leves. Una quinta parte de la muestra había sido tratada con cardioversión eléctrica. Los valores medios de tensión arterial y frecuencia cardíaca estaban en límites apropiados, aunque no así el del índice de masa corporal. La fracción de eyección media fue normal y la mayoría de los pacientes presentaron dilatación auricular izquierda. El 87.7% de la muestra estaba anticoagulada, y un 57% del total recibió anticoagulantes directos. En cuanto al tratamiento concomitante, el más frecuentemente empleado fueron los betabloqueantes.

El cumplimiento de los indicadores de calidad considerados esenciales por el Proceso SEC-Excelente se detalla en la tabla 2. El indicador con mejor resultado fue la anticoagulación apropiada según score CHA₂DS₂-VASc en todos los pacientes con indicación. Se ofertó ablación con catéter a pacientes sintomáticos tras fracaso/intolerancia de un antiarrítmico I o III a dosis apropiada en poco más del 70% de los casos, si bien con un número de pacientes limitado (n=30). El porcentaje de pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K con calidad de la anticoagulación evaluable fue muy bajo, y sólo algo más de la mitad tenían calidad adecuada. De aquellos con calidad inapropiada, a la mayoría no se les indicó anticoagulantes directos (si bien la muestra fue muy pequeña). Sólo un cuarto de los pacientes tenía documentado el score CHA₂DS₂-VASc en su informe de consulta u hospitalización, y en uno de cada cinco faltaba alguna de las exploraciones complementarias básicas (electrocardiograma, analítica o ecocardiograma). La probabilidad al año de presentar una hospitalización o muerte de causa cardiovascular o por sangrado severo fue del 18.2% (n=238 pacientes).

Los indicadores de calidad de la European Society of Cardiology se detallan en la tabla 3. En el dominio 1

(valoración del paciente), el mejor indicador fue la documentación de la función renal en la historia clínica, presente en el 96.2% de los informes, mientras que la documentación del riesgo trombótico y hemorrágico por las escalas de riesgo validadas fue bajo (24.9%) y muy bajo (6.1%), respectivamente. En los indicadores del dominio 2 (anticoagulación), es remarcable la alta tasa de anticoagulación apropiada en pacientes de alto riesgo, y que la calidad de la anticoagulación fue también notable. Sin embargo, llama la atención la alta tasa de anticoagulación en pacientes de bajo riesgo y que sólo fue evaluable la anticoagulación en poco más de la mitad de los pacientes. En los dominios 3 y 4 (control de la frecuencia y el ritmo), el uso inapropiado de antiarrítmicos en diversos escenarios fue bajo y se ofreció ablación a más del 70% de los pacientes sintomáticos tras fracaso o intolerancia de antiarrítmicos. En el dominio 5, sólo un 59.3% de los pacientes tenían identificados en el informe los siete factores de riesgo modificables propuestos por el documento de la ESC, con variaciones significativas entre centros. Al analizarlos individualmente, todos estaban recogidos en >90% de los informes excepto la obesidad: poco menos de dos tercios tenían disponible peso y talla en el informe. Por último, en el dominio 6 (resultados), se observaron tasas anuales de mortalidad total, ictus isquémico o accidente isquémico transitorio y sangrado mayor del 8.1 (n=126 pacientes), 0.8 (n=13 pacientes) y 2.56 (n=33 pacientes) por 100 pacientes/año. El registro no permitió evaluar la tasa de mortalidad o complicaciones mayores relacionada con procedimientos o la tasa de eventos adversos severos relacionados con fármacos. Es de destacar que ninguno de los centros utiliza escalas validadas de calidad de vida relacionada con la salud en la práctica clínica habitual.

Limitaciones y fortalezas

La principal limitación es que el tamaño muestral, adecuado para medir la mayoría de los indicadores, es

reducido para evaluar algunos de ellos (p ej, calidad de anticoagulación en anticoagulados con antagonistas de la vitamina K), con lo cual dichos resultados deben tomarse con cautela. Entre las fortalezas están ser el primer estudio que analiza indicadores de calidad en el manejo de la FA recomendados por la European Society of Cardiology en centros españoles.

Implicaciones clínicas

Esta información puede servir como punto de partida de una reflexión en los centros participantes que permita identificar aspectos de mejora para conseguir la excelencia en la atención a los pacientes con Fibrilación Auricular

Tabla I. Características de los pacientes incluidos en el estudio

| Variable | Media |
|--|--------------|
| Pacientes incluidos | 797 |
| Datos demográficos | |
| Edad (años) | 72±12 |
| Sexo varón | 59.7 |
| Hospitalizado a la inclusión | 22.6 |
| Factores de riesgo | |
| Hipertensión | 70.4 |
| Diabetes | 26.5 |
| Fumador <1 año | 7.4 |
| Hipercolesterolemia | 54.9 |
| Consumo excesivo alcohol | 4.3 |
| Obesidad | 37.3 |
| Sedentarismo | 78.1 |
| Historia cardiológica | |
| Cardiopatía previa | 61.1 |
| Ingreso previo por insuficiencia cardiaca | 24.3 |
| Cardiopatía isquémica | 23.8 |
| Revascularización percutánea (stents) | 15.3 |
| Revascularización quirúrgica | 5.5 |
| Valvulopatía al menos moderada | 34.8 |
| Estenosis mitral al menos moderada o prótesis mecánica | 6.4 |
| Miocardopatía | 7.4 |
| Otra cardiopatía | 8.8 |
| Comorbilidades | |
| Insuficiencia renal | 32.6 |
| Arteriopatía periférica | 6.0 |
| Ictus/Accidente isquémico transitorio | 12.5 |
| EPOC/Asma | 13.4 |
| Apnea/hipopnea del sueño | 8.7 |
| Anemia | 25.1 |
| Demencia | 3.9 |
| Úlcus péptico | 4.8 |
| Hepatopatía crónica | 3.4 |
| Cáncer previo | 14.4 |
| Escalas de riesgo | |
| CHA ₂ DS ₂ VASc | 3.4±1.8 |
| HAS-BLED | 1.8±1.2 |
| Charlson | 2.4±2.3 |
| Características de la fibrilación auricular | |
| Primer diagnóstico | 8.6 |
| Paroxística | 37.7 |
| Persistente | 14.3 |
| Persistente larga duración | 4.1 |
| Permanente | 35.3 |
| Clase EHRA | |
| 1 No síntomas | 49.1 |
| 2a Síntomas leves | 27.7 |
| 2b Síntomas moderados | 12.6 |

| | |
|--|--------|
| 3 Síntomas graves | 9.8 |
| 4 Síntomas incapacitantes | 0.9 |
| Procedimientos previos | |
| Cardioversión eléctrica | 20.5 |
| Ablación de venas pulmonares | 7.7 |
| Cirugía arritmias | 1.3 |
| Ablación nodo AV | 1.6 |
| Cierre percutáneo orejuela AI | 0.6 |
| MP/TRC/DAI | 13.2 |
| Exploración física | |
| Índice Masa Corporal (kg/m ²) | 29±5 |
| TA sistólica (mmHg) | 128±21 |
| TA diastólica (mmHg) | 75±13 |
| Frecuencia cardiaca (lpm) | 75±18 |
| Pruebas complementarias | |
| Ritmo sinusal en consulta | 42.9 |
| Bloqueo de rama | |
| No | 78.5 |
| Bloqueo de rama derecha | 9.2 |
| Bloqueo de rama izquierda | 12.3 |
| Dilatación auricular izquierda | 68.2 |
| Fracción de eyección VI | 57±13 |
| Anticoagulación prescrita en visita basal | |
| No | 12.3 |
| Antivitamina K | 30.0 |
| Anticoagulante Directo | 57.0 |
| Heparina bajo peso molecular | 0.8 |
| Tratamiento concomitante | |
| Antiarrítmicos | 27.4 |
| Antiagregantes | 12.5 |
| Digoxina | 10.9 |
| Betabloqueantes | 68.3 |
| Verapamil/Diltiazem | 5.9 |
| IECA/ARAII/INRA | 55.5 |
| Estatinas | 51.4 |
| Inhibidores bomba protones | 44.9 |
| Antiinflamatorios | 4.3 |

Los datos numéricos se presentan como media ± desviación estándar, o bien porcentaje válido, salvo cuando se indiquen sus unidades. Abreviaturas: ARAII: antagonistas del receptor de la angiotensina II; DAI: desfibrilador automático implantable; EKG: electrocardiograma; IECA: inhibidores del enzima conversor de la angiotensina; INRA: inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina MP: marcapasos; TA: tensión arterial; TRC: terapia de resincronización cardiaca.

Tabla 2. Indicadores de calidad del proceso SEC EXCELENTE FA

| Indicador de calidad del proceso SEC EXCELENTE FA | Valor |
|--|-------|
| 1. Documentación y pruebas básicas en fibrilación auricular | 78.8 |
| Informe con anamnesis centrada en el aparato cardiovascular | 100 |
| Informe con analítica con hemograma. función renal y tiroidea | 92.3 |
| Informe con electrocardiograma descrito | 95.4 |
| Ecocardiograma realizado previamente o en la visita de inclusión | 85.1 |
| 2. Score CHA ₂ DS ₂ -VASc documentado en la historia clínica | 24.9 |
| 3. Anticoagulación apropiada según score CHA ₂ DS ₂ -VASc en todos los pacientes con indicación ^{1,2} | 93.6 |
| 4. Anticoagulación con AVK con calidad adecuada (n=23) | 56.5 |
| <i>Calidad anticoagulación evaluable en anticoagulados con AVK (n=276)</i> | 8.3 |
| 5. Cambio a ACOD si calidad anticoagulación con AVK inapropiada (n=10) | 20 |
| 6 .Ablación con catéter ofertada a pacientes sintomáticos tras fracaso/intolerancia de un antiarrítmico I o III a dosis apropiada (n=30) | 72.4 |
| 7. Probabilidad ³ al año de hospitalización o muerte de causa cardiovascular o por sangrado severo | 18.2 |

Todos los valores expresados como porcentajes. ¹Pacientes anticoagulados entre todos los pacientes con puntuación CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 (hombre) o ≥ 2 (mujer); ²Excluidas las estenosis mitrales al menos moderadas y prótesis mecánicas; ³Incidencia acumulada al año calculada por el método de Kaplan Meier. El indicador original se definió como "Porcentaje de pacientes que acuden a urgencias, son ingresados o fallecen por un evento relacionado con fibrilación auricular en un año natural". Se consideraron todas las hospitalizaciones y muertes de causa cardiovascular o por sangrado severo como posiblemente relacionadas con la fibrilación auricular, y no se contabilizaron las visitas a urgencias por falta de datos fiables. Abreviaturas: AVK: antagonistas de la vitamina K.

Tabla 3. Indicadores de calidad de la European Society of Cardiology

| Indicador de calidad de la European Society of Cardiology | Valor |
|---|-------|
| Dominio 01: Valoración del paciente | |
| 01MQI1. Score CHA ₂ DS ₂ -VASc documentado en la historia clínica | 24.9 |
| 01MQI2. Score HAS-BLED documentado en la historia clínica | 6.1 |
| 01MQI3. Función renal documentada en la historia clínica | 96.2 |
| Dominio 02: Anticoagulación | |
| 02MQI1. Anticoagulación apropiada según score CHA ₂ DS ₂ -VASc, en todos los pacientes ^{1,2} | 93.6 |
| 02MQI2. Anticoagulación inapropiada en CHA ₂ DS ₂ -VASc score 0 (varones) o 1 (mujeres) ² | 61.7 |
| <i>Anticoagulación inapropiada en CHA₂DS₂-VASc score 0 (varones) o 1 (mujeres)², excluidos pacientes con cardioversión eléctrica o ablación de venas pulmonares previa o pendiente</i> | 47.6 |
| 02MQI3. Anticoagulación con calidad adecuada | 83.6 |
| <i>Calidad anticoagulación evaluable</i> | 52.4 |
| Dominio 03: Control de la frecuencia cardiaca | |
| 03MQI1. Uso inapropiado de antiarrítmicos en FA permanente | 7.2 |
| Dominio 04: Control del ritmo cardiaco | |
| 04MQI1. Uso inapropiado de antiarrítmicos clase IC en cardiopatía estructural | 2.9 |
| 04MQI2. Uso inapropiado de sotalol en enfermedad renal terminal | 0 |
| 04MQI3. Ablación con catéter ofertada a pacientes sintomáticos tras fracaso/intolerancia de un antiarrítmico I o III a dosis apropiada. | 72.4 |
| Dominio 05: Manejo de los factores de riesgo | |
| 05MQI1. Todos los factores de riesgo modificables identificados ³ | 59.3 |
| <i>Al menos 6 de 7 factores de riesgo modificables identificados⁴</i> | 93 |
| <i>Hipertensión arterial documentada⁴</i> | 97.6 |
| <i>Diabetes mellitus⁴</i> | 98.7 |
| <i>Tabaquismo documentado⁴</i> | 98.2 |
| <i>Obesidad documentada⁵</i> | 65.0 |
| <i>Apnea del sueño documentada⁴</i> | 94.2 |
| <i>Consumo de alcohol documentado⁴</i> | 97.2 |
| <i>Sedentarismo documentado⁴</i> | 96.1 |
| Dominio 06: Resultados | |
| Subdominio 06.1. Consecuencias de la enfermedad | |
| 06.1MQI1. Tasa anual de mortalidad total | 8.1 |
| 06.1MQI2. Tasa anual de ictus isquémico o accidente isquémico transitorio | 0.8 |
| Subdominio 06.2. Consecuencias del tratamiento | |
| 06.2MOI1. Tasa anual de sangrados mayores ⁸ | 2.56 |
| 06.2MQI2. Tasa anual de mortalidad relacionada con procedimientos a los 30 días | ND |
| 06.2MQI3. Tasa anual de complicaciones mayores asociadas a procedimientos o eventos adversos severos relacionados con fármacos | ND |
| Subdominio 06.3. Resultados reportados por pacientes | |
| 06.3MQI1. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud realizada con escalas validadas | 0 |

Todos los valores expresados como porcentajes. ¹Pacientes anticoagulados entre todos los pacientes con puntuación CHA₂DS₂-VASc ≥1 (hombre) o ≥2 (mujer); ²Excluidas las estenosis mitrales al menos moderadas y prótesis mecánicas; ³Factores de riesgo: hipertensión arterial, obesidad, apnea del sueño, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, diabetes y tabaquismo; ⁴Se consideró documentado si se mencionaba explícitamente en la historia clínica su presencia o ausencia; ⁵Se consideró documentada si constaba peso y talla en la historia clínica; Abreviaturas: NA: no aplica; ND: no disponible; FA: fibrilación auricular.