



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



ARTÍCULO ESPECIAL

Costos asociados a la fibrilación auricular



Costs associated with atrial fibrillation

Juan Carlos Díaz-Martínez^{a,b,c}, Mauricio Duque-Ramírez^{a,b,c,*},
Jorge Eduardo Marín-Velásquez^{a,c,d}, Julián Miguel Aristizábal-Aristizábal^{a,b,c,d},
Jorge Enrique Velásquez-Vélez^{a,b,c,e,f} y William Uribe-Arango^{a,b,f}

^a Universidad CES, Medellín, Colombia

^b CES Cardiología, Clínica CES, Medellín, Colombia

^c Electrofisiología Clínica las Américas, Medellín, Colombia

^d Clínica El Rosario, Medellín, Colombia

^e Clínica Somer, Rionegro, Colombia

^f Centros Especializados de San Vicente Fundación, Rionegro, Colombia

Recibido el 3 de octubre de 2016; aceptado el 6 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 7 de noviembre de 2016

La fibrilación auricular y su asociación histórica con morbilidad y mortalidad

Durante siglos, médicos de todo el mundo observaron cómo la presencia de un ritmo irregular y débil se asociaba con un mal pronóstico debido a una alta probabilidad de muerte. William Harvey (1628) estudió de manera meticulosa la fisiología cardiovascular y fue uno de los primeros en asociar el latido cardíaco con el pulso periférico, estableciendo el origen del latido en las aurículas, particularmente en la derecha. Entre sus observaciones, describe lo que pudo haber sido la primera observación *in vivo* del corazón fibrilando:

“...he notado, que después de que el corazón como tal, e incluso la aurícula están deteniendo su latido y parecen estar cercanas a la muerte, que un movimiento obscuro,

de palpitación/ondulación continuaba claramente en la sangre auricular derecha”.

En su *Tratado de los males del corazón* (“*Traite des Maladies du Coeur*”, 1774), Jean Baptiste de Senac establece la relación entre las palpitaciones irregulares y las alteraciones estructurales de la válvula mitral y tricúspide (ya sea por estenosis o por insuficiencia), dilucidando cómo “*la distensión de las paredes del corazón hacen inevitables las palpitaciones*”. Es tan fuerte la asociación entre valvulopatía mitral y fibrilación auricular que durante el siglo XVIII se consideraba esta arritmia como diagnóstica de estenosis mitral. Adicionalmente, Senac describe cómo las palpitaciones pueden aparecer después de una ingesta copiosa, y que la ingesta de quinina con ruibarbo lograba la desaparición de estas arritmias (estableciendo de esta manera las bases para el uso futuro de los antiarrítmicos).

Ya en 1907, MacKenzie publica sus estudios sobre el pulso yugular, y describe cómo en pacientes con pulso irregular ocurre la pérdida de la onda a (representativa de la contracción atrial)¹. Por esa misma época, Sir Thomas Lewis en su correspondencia con William Einthoven registra por primera vez el electrocardiograma de la fibrilación auricular,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauricioduque@une.net.co
(M. Duque-Ramírez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.029>

0120-5633/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

logrando la correlación entre la actividad eléctrica atrial y la anomalía del pulso². No tardó mucho en lograr asociar la arritmia con otras condiciones predisponentes, particularmente endocarditis, hipertensión y alteraciones tiroideas³. Así mismo, apareció en la primera mitad del siglo xx la primera descripción de taquicardiomiopatía, al encontrar pacientes con fibrilación auricular y respuesta ventricular rápida que desarrollaban síntomas de falla, los cuales desaparecían al realizar control del ritmo con antiarrítmicos (quinidina)⁴. Es decir, se establecía la fibrilación auricular como causa y efecto de otras condiciones mórbidas; no obstante, el armamentario terapéutico se limitaba al uso de digital para el control de la respuesta ventricular y el control del ritmo (mediante cardioversión eléctrica y/o quinidina). La anticoagulación no era el estándar de manejo y se centraba su recomendación a periodos de tiempo limitados en pacientes con valvulopatía reumática. No fue sino hasta 1978, cuando se logró demostrar la correlación entre fibrilación auricular y enfermedad embólica cerebral, siendo un factor de riesgo significativo tanto en pacientes con enfermedad reumática mitral como en aquellos sin valvulopatía mitral⁵. Esto llevó a la aparición de varios estudios hacia finales de la década de los 80 y principios de los 90, en los que se demostró la efectividad de la anticoagulación con warfarina en la prevención de eventos embólicos, llevando a la incorporación de la terapia anticoagulante oral en las guías de manejo⁶⁻¹⁰.

En resumen, durante siglos la fibrilación auricular se ha asociado con un pronóstico ominoso y solo en las últimas tres décadas se ha encontrado en la anticoagulación una terapia que logre disminuir de manera eficaz (mas no eliminar) los riesgos asociados a la arritmia. A pesar de esto, la fibrilación auricular es con frecuencia menospreciada y muchos pacientes dejan de recibir tratamiento apropiado de acuerdo con las guías de atención. La adherencia a las guías de manejo de cada país se asocian no solo con mejor atención médica y disminución de la tasa de eventos adversos, sino también con disminución en los costos de atención, tanto directos como indirectos¹¹⁻¹³. Al basarse en la mejor evidencia disponible, se buscan las estrategias más efectivas para así establecer el concepto de costo-efectividad. A continuación se evaluarán los costos asociados a las distintas intervenciones en fibrilación auricular y los beneficios que se derivan de las mismas, con el fin de identificar las estrategias costo-efectivas.

Costos hospitalarios e impacto de la enfermedad

En la década del 2000-2010, el número de hospitalizaciones asociadas a fibrilación auricular en los Estados Unidos, aumentó en un 14-23%, con aproximadamente 3 millones de pacientes hospitalizados, lo cual se traduce en un incremento en los costos de atención hospitalaria^{14,15}. De manera llamativa, el mayor aumento se presentó en el grupo de pacientes entre 35 y 49 años, con un incremento relativo del 16,6%¹⁵. En este mismo periodo de tiempo, en Colombia hubo un aumento del 10,4% en el número de casos nuevos de fibrilación auricular, para un total de 1.995 muertes atribuibles¹⁶. En total, durante esa década

la fibrilación auricular generó en Colombia la pérdida de 137.732 años de vida saludable y aumentó de manera significativa los años de vida con discapacidad. La mayoría de los pacientes se hospitalizan por causas cardiovasculares (principalmente manejo de la arritmia y falla cardíaca descompensada); para los pacientes que son hospitalizados, la mortalidad es cercana al 1%, pero puede ser de hasta 8% en pacientes con falla cardíaca concomitante y de 9,4% en pacientes con ataque cerebro-vascular hemorrágico^{15,17}. Los costos de la fibrilación auricular no se distribuyen de manera uniforme, sino que sufren cambios a lo largo de la vida del paciente: en el mes que sigue al diagnóstico y en el que precede a la muerte, la mayor parte de los costos se relaciona con la atención hospitalaria, mientras que en la etapa crónica los costos están relacionados con visitas médicas, consultas por urgencias y hospitalizaciones por descompensaciones agudas. De igual manera, existen características del paciente que predicen costos: en la fase crónica, la presencia de comorbilidades (diabetes, falla cardíaca, insuficiencia renal o hepática) y edad avanzada predicen un mayor costo en la atención; en el mes que precede a la muerte la edad avanzada disminuye el costo total de la atención¹⁸. En términos generales, con el aumento en las tasas de hospitalización se presentó también un aumento relativo en los costos de hospitalización del 24%, los cuales representan el mayor gasto en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular y por ende, se deben buscar estrategias que disminuyan las tasas de hospitalización^{15,19}.

En pacientes con ataque cerebrovascular isquémico, aquellos con fibrilación auricular tienen un mayor costo en la atención hospitalaria que el grupo de control (pacientes con ataque cerebro-vascular no relacionado con fibrilación auricular), dado por un aumento en los días de estancia y en los medicamentos; estas diferencias son mayores en pacientes con ataque cerebro-vascular leve a moderado mas no en aquellos con la forma severa^{20,21}. A esto se suma el aumento en la incidencia de ataque cerebro-vascular relacionado con fibrilación auricular en las últimas tres décadas, especialmente de los eventos severos o discapacitantes y de los eventos en mayores de 80 años²².

Estrategias para la detección de la fibrilación auricular

La detección de nuevos casos mediante el tamizaje es una estrategia costo-efectiva cuando se hace de manera oportunista (es decir, cuando se evalúan los pacientes que acuden espontáneamente a consulta) mientras que el tamizaje de toda la población en riesgo mediante citación no es una estrategia costo-efectiva²³. En pacientes de 75 años, con base en los datos del estudio STROKES-TOP se logró encontrar que una estrategia de detección de fibrilación auricular utilizando un registro electrocardiográfico portátil es costo-efectiva²⁴. De esta manera, se recomienda la toma de pulso en todos los pacientes que son evaluados por personal de la salud, para posteriormente realizar un electrocardiograma en quienes se encuentre irregularidad.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620483>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620483>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)