

EDITORIAL

Las visitas a urgencias de los pacientes con fibrilación auricular

Emergency department re-presentation of patients with atrial fibrillation

Alfonso Martín Martínez

La fibrilación auricular constituye en el siglo XXI un auténtico problema de salud pública, tanto por su impacto negativo en la mortalidad y calidad de vida de los pacientes, como por los elevados costes que genera su atención y los cambios en la estructura del sistema sanitario que precisa¹. Así, su prevalencia creciente genera un incremento del uso de los servicios sanitarios que contribuye a la saturación de los mismos^{2,3}, muy en particular de los servicios de urgencias⁴, donde se espera un aumento en la frecuentación del 250% entre 1993 y 2050^{2,5}.

Dentro del amplio espectro de la presentación de la arritmia, las visitas a urgencias constituyen un aspecto de gran importancia, ya que incrementan la frecuentación a estos servicios, y por tanto contribuyen a su saturación⁵, asocian un deterioro en la calidad de vida percibida por los pacientes^{6,7}, y además incrementan de modo muy relevante los costes del proceso^{7,8}. Se ha descrito una tasa de visita por la misma causa en pacientes con fibrilación auricular dados de alta de los servicios de urgencias del 5%, 10%, y 15% a los 7, 30, y 90 días respectivamente en varios estudios canadienses^{5,7}, y del 19%-23% en estudios realizados en los Estados Unidos^{6,9}, y su incidencia se ha incrementado pese a una mejora en el manejo de la arritmia¹⁰.

Las visitas a urgencias de los pacientes con fibrilación auricular constituyen un fenómeno complejo en cuanto a sus causas, sus consecuencias, y sus posibles soluciones. En relación a sus consecuencias, contribuyen a la saturación de servicios de urgencias frecuentemente congestionados, y por tanto las visitas son un objetivo de primera línea de las estrategias diseñadas para reducir la saturación y evitar su colapso en el futuro⁵. En cuanto al impacto económico, las visitas incrementan de forma relevante el coste del proceso. Este encarecimiento no solo se debe al coste de las nuevas visitas a urgencias, que constituyen solo el 10% del coste total de la atención a la fibrilación auricular⁹, sino a que estas visitas asocian mayor tasa de ingresos hospitalarios (causantes del 87% del gasto de la enfermedad), en particular por insuficiencia cardíaca^{5-7,9,10}, de ingresos más prolongados (y por tanto más costosos^{5,6}), y de ingresos que precisan procedimientos complejos de costes elevados y con una mayor mortalidad y morbilidad residual (con unos costes

asociados que no están bien precisados pero que incrementan el coste habitual del proceso)⁵⁻⁸. Por todo ello, parece claro que las visitas a urgencias en los pacientes con fibrilación auricular tienen consecuencias graves y deben abordarse de forma prioritaria.

A diferencia del campo de las consecuencias de las visitas a urgencias, en el que existe evidencia relativamente sólida, la información disponible sobre sus causas y la efectividad de diversas medidas de mejora es muy escasa y sus resultados poco consistentes entre sí. En dos registros canadienses se ha encontrado una potente asociación entre el seguimiento al alta en atención primaria y las visitas a urgencias, y una reducción si los pacientes tenían una cita en un lapso de tiempo corto con un especialista (cardiología, medicina interna)^{5,7}. Estos datos no han sido reproducidos en estudios realizados en Estados Unidos⁶, probablemente por las profundas diferencias entre los sistemas sanitarios. Sin embargo, el sistema sanitario en Canadá presenta mayores similitudes con el español, por lo que estas propuestas son al menos interesantes y merecen ser testadas. En este sentido, el trabajo pionero en España sobre medidas de intervención para reducir las visitas a urgencias en pacientes con fibrilación auricular fue el excelente estudio de Fuenzalida *et al.* en 2015¹¹; en él demostraron que una intervención de educación sanitaria implementada por enfermería al alta de urgencias reducía de forma significativa los reingresos por insuficiencia cardíaca, que como se ha mencionado es una de las principales causas de visita e ingreso prolongado en estos pacientes^{5-7,9}. Aunque es una opción sencilla, accesible y evidentemente coste-efectiva, ya que consume solo unos pocos minutos de tiempo, es un trabajo realizado en un solo centro de muy alta capacitación y amplia experiencia en el manejo de la fibrilación auricular. Por ello, se debe ser cauto en su generalización en espera de resultados en otros centros, pero constituye una excelente línea para la investigación científica y una hipótesis clínica y de gestión del proceso sumamente atractiva. En otros estudios se ha encontrado relación entre las visitas y el uso de digoxina para el control de frecuencia⁵, circunstancia razonable desde el punto de vista empírico, ya que asocia menor efectividad y no controla la frecuencia cardíaca al esfuerzo: por ello los pacientes pueden permanecer con

Filiación de los autores: Servicio de urgencias generales, Hospital Universitario Severo Ochoa y Universidad Alfonso X. Madrid. Grupo de arritmias cardíacas, SEMES.

Autor para correspondencia: Alfonso Martín Martínez. Servicio de urgencias generales. Hospital Universitario Severo Ochoa. Avenida de Orellana, s/n. 28935 Leganés, Madrid, España.

Correo electrónico: alfonso.martin@salud.madrid.org

Información del artículo: Recibido: 5-1-2019. Aceptado: 15-1-2019. Online: 22-2-2019.

Editor responsable: Óscar Miró.

una frecuencia cardiaca elevada que cause una nueva consulta a urgencias por persistencia de los síntomas. Sin embargo, estos hallazgos, aunque razonables, son poco consistentes ya que no han sido confirmados en otros estudios⁶⁻⁸, y no se pueden considerar como base para establecer estrategias de intervención. Otros estudios han demostrado reducciones en las visitas al servicio de urgencias mediante la aplicación de vías clínicas en los mismos basadas fielmente en las recomendaciones de las guías de práctica clínica¹², en la creación de unidades de observación⁸, en un seguimiento estructurado precoz en consultas monográficas¹³, en consultas de enfermería con referencia *on-line* por cardiólogos o incluso en protocolos de selección cuidadosa de los fármacos antiarrítmicos⁷. Nuevamente, son resultados de estudios con un limitado número de pacientes, desarrollados en un escaso número de centros y, aunque tengan un indudable interés científico, precisan ser reproducidos a escala multicéntrica antes de plantearse implementar sus conclusiones. En cualquier caso, todos ellos coinciden en que el punto crítico es planificar un seguimiento precoz tras el alta en consultas con personal especializado en el manejo de esta arritmia⁵⁻¹⁰.

Todo lo anterior nos lleva a preguntarnos cuál es la situación en España de este problema tan grave. A pesar de los numerosos estudios realizados en diversos campos de la fibrilación auricular, algunos de los cuales abordan aspectos de la máxima novedad^{4,11,14}, la información referente a las visitas es realmente muy escasa. Por ello es tan importante la publicación en el presente número de EMERGENCIAS del interesante estudio de Jacob J, *et al.*, que analiza por primera vez las visitas a urgencias en un estudio multicéntrico y con un elevado número de pacientes¹⁵. Aunque la comparación con otros estudios es compleja, ya que este abarca todos los pacientes con fibrilación auricular y la mayoría de las series se centra en episodios de reciente comienzo, constituye la primera aproximación a un tema complejo. El estudio muestra una tasa de nuevas consultas tras el alta muy relevante e ilustra una conclusión de gran importancia clínica: también en España las visitas a urgencias son un problema que es preciso identificar, estudiar y afrontar.

Por tanto, el manejo de la fibrilación en los servicios de urgencias no debe centrarse únicamente en el manejo agudo, sino que se deben establecer estrategias de manejo y seguimiento tras el alta que contribuyan a reducir la visita de estos pacientes, y por tanto a evitar las consecuencias negativas que tienen en su calidad de vida y en el funcionamiento del sistema sanitario. Hoy, más que nunca, en los servicios de urgencias hay que mirar al futuro.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores: El autor autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- Martín A, Fernández I, Coll-Vinent B, Tercedor L, Arco C, Arribas F, et al. Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (actualización 2012). *Emergencias*. 2012;24:300-24.
- McDonald AJ, Pelletier AJ, Ellinor PT, Camargo CA. Increasing US emergency department visit rates and subsequent hospital admissions for atrial fibrillation from 1993 to 2004. *Ann Emerg Med*. 2008;51:58-65.
- Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113-20.
- Crijns HJ, Weiss B, Fairley AM, Lewalter T, Maggioni A, Martín A, et al. Contemporary real life cardioversion of atrial fibrillation: Results from the multinational RHYTHM-AF study. *Int J Cardiol*. 2014;172:588-94.
- Atzema CL, MD, Dorian P, Ivers NM, Chong AS, Austin PC, Evaluating early repeat emergency department use in patients with atrial fibrillation: A population-based analysis. *Am Heart J*. 2013;165:939-48.
- Amin AN, Jhaveri M, Lin J. Hospital readmissions in US atrial fibrillation patients: occurrence and costs. *Am J Ther*. 2013;20:143-50.
- Redfearn DP, Furqan MA, Enriquez A, Barber D, Shaw C, Simpson C, et al. Emergency Department Re-Presentation for Atrial Fibrillation and Atrial Flutter. *Can J Cardiol*. 2016;32:344-8.
- O'Reilly DJ, Hopkins RB, Healey JS, Dorian P, Sauriol L, Tarride JE et al. The burden of atrial fibrillation on the hospital sector in Canada. *Can J Cardiol*. 2013;29:229-35.
- Bellew SD, Bremer ML, Kopecky SL, Lohse CM, Munger TM, Robelia PM. Impact of an Emergency Department observation unit management algorithm for atrial fibrillation. *J Am Heart Assoc*. 2016;5:e002984.
- Aztema CI, Austin PC, Miller E, Chong AS, Yun L, Dorian P. A population-based description of atrial fibrillation in the emergency department, 2002 to 2010. *Ann Emerg Med*. 2013;62:570-7.
- Fuenzalida Inostroza CI, Ferró Ricart I, Siches Cuadra C, Ambrós Ribó A, Sánchez M, Cabrera J, Coll-Vinent i Puig B. Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación auricular. *Emergencias*. 2015;27:75-81.
- Barbic D, DeWitt C, Harris D, Stenstrom R, Grafstein E, Wu C, et al. Implementation of an emergency department atrial fibrillation and flutter pathway improves rates of appropriate anticoagulation, reduces length of stay and thirty-day revisit rates for congestive heart failure. *Can J Emerg Med*. 2018;20:392-400.
- Conti A, Canuti E, Mariannini Y, Viviani G, Poggioni C, Boni V, et al. Clinical management of atrial fibrillation: early interventions, observation, and structured follow-up reduce hospitalizations. *Am J Emerg Med*. 2012;30:1962-9.
- Carbajosa Dalmau J, Cosín-Sales J, Pérez-Durá MJ, Noceda J, Urtubia-Palacios A, Hernández-Sori N, et al. Seguridad y efectividad e Vernakalant en la práctica clínica de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2017;29:397-402.
- Jacob J, Cabello I, Yuguero O, Guzmán JA, Arranz Betegón M, Abadías MJ, et al. Fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios, características y estudio de la reconsulta en urgencias a los 30 días por un nuevo episodio. Registro de cohortes URGFAICS. *Emergencias*. 2019;31:99-106.