

# 1

## INTRODUCCIÓN

El enfoque de una patología como las arritmias cardíacas, desde el punto de vista de la gestión por procesos, requiere considerar una serie de síndromes relacionados con ellas que, además, pueden tener otras causas. El síncope, las palpitaciones y la muerte súbita son algunos ejemplos. Sin embargo, la entrada a este proceso en el Sistema Sanitario se produce, en la mayoría de las ocasiones, por alguno de estos síntomas y, con menos frecuencia, por arritmias cardíacas documentadas.

La forma de presentación de estos síntomas determina que el primer contacto sea a través de los servicios de Urgencias o de Atención Primaria, donde se realiza la evaluación inicial, siendo posible en algunos casos el diagnóstico definitivo, mientras que, en otros, resulta necesario derivar al paciente a Atención Especializada para su evaluación ampliada.

Los recientes avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento en este campo de la Cardiología han determinado la creación de unidades de arritmias, que requieren estar dotadas de equipos de alta tecnología y profesionales con formación específica para la realización de estudios electrofisiológicos y determinados procedimientos terapéuticos como la ablación y la implantación de desfibriladores automáticos, entre otros.

La complejidad de esta patología y su influencia en los flujos de los pacientes puede determinar tasas altas de variabilidad de la práctica clínica, lo que, sin una gestión adecuada de los diferentes elementos que intervienen, puede provocar a su vez una asistencia sanitaria que se aleje de los intereses de los pacientes.

Otro aspecto es la dificultad de obtener datos epidemiológicos globales de las arritmias cardíacas, debido a la heterogeneidad tanto de sus mecanismos como de sus características clínicas y su pronóstico. No obstante, existen numerosos estudios epidemiológicos sobre la mayoría de los subprocesos que se desarrollan en este documento.

Las palpitaciones son una de las causas más frecuentes de consulta en pacientes ambulatorios y, aunque frecuentemente representan un problema benigno, puede llevar al médico al uso de pruebas inadecuadas, de bajo rendimiento diagnóstico y costosas. En el otro extremo de este síntoma están los casos de pacientes etiquetados de 'ataques de pánico' y que tienen arritmias generalmente supraventriculares no documentadas.

Datos del estudio Framingham revelan que el 3% de su población había tenido un episodio sincopal durante los 26 años de seguimiento. Otros estudios han demostrado una tasa de recurrencias de hasta el 30%, siendo el motivo de consulta en el 3-5% de las visitas a Urgencias y representando entre el 1-3% de todos los ingresos hospitalarios.

La muerte súbita de causa cardíaca representa el 50% de todas las muertes de causa cardiovascular, es la mayoría de las veces secundaria a taquiarritmias ventriculares, y se relaciona, en ocasiones, con síndromes coronarios agudos. La incidencia de muerte súbita es de 0,36-1,28 por 1.000 habitantes y año, y alcanza hasta un 8 por 1.000 en varones de entre 60 y 69 años con antecedentes de cardiopatía.

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente, habiéndose estimado una prevalencia del 0,4% en la población general y superior al 6% en las personas mayores de 80 años. Independientemente de su entidad como alteración del ritmo, representa un problema de salud pública debido a las complicaciones embólicas que alcanza en la mayoría de las series el 5% anual, lo que supone de 2 a 7 veces la incidencia en la población sin fibrilación auricular.

Las taquicardias supraventriculares constituyen una causa frecuente de consulta en los servicios de Urgencias. La llegada de la ablación por radiofrecuencia supuso un cambio en el manejo de estos pacientes, que frecuentemente requerían tratamiento con fármacos por largos periodos de tiempo. En la actualidad, el tratamiento mediante ablación por radiofrecuencia es eficaz en más del 95% de los casos, y ha supuesto una palpable mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Las bradicardias son un descubrimiento común al realizar una evaluación de pacientes tanto sanos como enfermos. La enfermedad del nódulo sinusal es una causa frecuente de bradicardia, estimándose una prevalencia de 1 por cada 600 personas de más de 65 años, y siendo la causa del 50% de las implantaciones de marcapasos definitivos.

Este proceso ha sido elaborado teniendo en cuenta los datos anteriores y se ha subdividido en nueve subprocesos:

- Síntomas de posible causa arrítmica (palpitaciones, síncope y muerte súbita).

- Arritmias documentadas (fibrilación auricular, bradiarritmias, taquicardias supra-ventriculares, arritmias ventriculares, tratamiento agudo de las taquicardias).
- Anomalías del ECG asintomáticas potencialmente arritmogénicas.

Con respecto a la incorporación de la mejor evidencia disponible a este proceso, cabe destacar que los rápidos avances que se han producido en los últimos años en la patología cardiovascular han dado lugar a una gran producción de ensayos clínicos aleatorizados, meta-análisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, en un corto periodo de tiempo, acerca de diversas intervenciones diagnósticas y terapéuticas que, frecuentemente, han determinado cambios en la práctica clínica antes de la actualización de las recomendaciones de las guías.

Este hecho, común a otras muchas patologías, ha tenido un impacto especial en el campo de las arritmias cardíacas por varios motivos:

- 1/ Su incidencia se asocia con una mayor mortalidad y riesgo de muerte súbita.
- 2/ El desarrollo de nuevos procedimientos terapéuticos ha demostrado disminuir la mortalidad en casos seleccionados, especialmente en los de arritmias ventriculares.
- 3/ El coste asociado a estos procedimientos es alto.

Todo ello, unido a la incertidumbre y variabilidad en la práctica clínica en determinados procesos, y al hecho de tratarse de enfermedades de alta prevalencia que constituyen un problema de salud pública, ha llevado a la publicación en el último año de múltiples guías clínicas específicas sobre aspectos tan concretos de las arritmias como el síncope, la muerte súbita, la fibrilación auricular (publicadas conjuntamente por el ACC y la SEC) o las indicaciones de desfibrilador automático implantable (DAI) y marcapasos definitivos.

La búsqueda de la mejor evidencia científica disponible se ha basado en la existencia de una guía clínica válida y actualizada, lo cual ha sido posible en la mayoría de los subprocesos desarrollados. En los casos en los que las guías no estaban suficientemente actualizadas se procedió a realizar una revisión sistemática de los artículos originales para elaborar la recomendación, que después fue consensuada por el grupo, y realizada entre julio de 2001 y mayo de 2002.

Por último, queremos reseñar la conocida dificultad que existe para realizar cambios en la práctica clínica sobre determinados procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, aun habiendo éstos demostrado ser más seguros y eficaces o mejorar la asistencia sanitaria en términos de resultados y calidad para el paciente.

Por ello, la pretensión de este trabajo quedaría satisfecha simplemente con que el mismo llegase a contribuir a que se produjesen los cambios necesarios en la práctica clínica diaria para mejorar la calidad y los resultados de la atención de los pacientes con arritmias.