

Crterios de uso apropiado para la ergoespirometría en el paciente portador de dispositivos de resincronización cardiaca.



Respuesta

Appropriate Use Criteria for Cardiopulmonary Exercise Testing in Patients With Cardiac Resynchronization Devices. Response

Sra. Editora:

Agradecemos a los Dres. Dominguez-Rodriguez y Abreu-Gonzalez su interés y sus comentarios en relación con nuestra publicación.

La ergoespirometría es una prueba funcional de indiscutible valor en pacientes portadores de dispositivos de resincronización cardiaca (TRC), pues no solo permite valorar de manera objetiva la respuesta funcional al tratamiento, sino que además aporta información pronóstica, lo que consecuentemente podría tener implicaciones terapéuticas. La capacidad de la ergometría convencional para la valoración funcional y pronóstica de pacientes con TRC es mucho más limitada, y en este sentido los autores estamos totalmente de acuerdo.

Sin embargo, el objetivo de nuestro estudio no fue en ningún caso realizar una valoración estrictamente funcional, y menos aún pronóstica, de los pacientes con TRC. Este trabajo se diseñó prospectivo con la intención de detectar el número de pacientes que perdían la estimulación biventricular durante el ejercicio, analizar las causas y tratar de corregirlas, ya que una estimulación casi constante se considera fundamental para obtener respuesta al tratamiento¹⁻³.

Los resultados obtenidos indican que en el 24% de los pacientes la estimulación se perdía durante el ejercicio, lo que llevó a tomar decisiones clínicas para corregirlo. Por ello concluimos que la ergometría es una herramienta simple en el seguimiento de los pacientes con TRC, ya que permite orientar decisiones clínicas respecto a tratamiento farmacológico, programación del dispositivo e indicación de ablación del nódulo auriculoventricular⁴.

Que la ergometría se debe usar sistemáticamente en todos los pacientes con TRC no se puede concluir de nuestro trabajo, dado el reducido tamaño muestral. Sin embargo, creemos firmemente que puede ser muy útil en la valoración de pacientes concretos, como es el caso de los no respondedores o los que presentan arritmias auriculares como ritmo de base.

Marta de Riva-Silva*, María López-Gil, Adolfo Fontenla-Cerezuela y Fernando Arribas-Ynsaurriaga

Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: martaderiva@gmail.com (M. de Riva-Silva).

On-line el 8 de enero de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Kiplan BA, Kaplan AJ, Weiner S, Jones PW, Seth M, Christman SA. Heart failure decompensation and all-cause mortality in relation to percent biventricular pacing in patients with heart failure. Is a goal of 100 necessary? *J Am Coll Cardiol.* 2009;53:355-60.
2. Hayes DL, Boehmer JP, Day J, Gilliam FR, Heidenreich PA, Seth M, et al. Cardiac resynchronization therapy and the relationship of percent biventricular pacing to symptoms and survival. *Heart Rhythm.* 2011;8:1469-75.
3. Gasparini M, Auricchio A, Regoli F, Fantoni C, Kawabata M, Galimberti P, et al. Four-year efficacy of cardiac resynchronization therapy on exercise tolerance and disease progression: the importance of performing atrioventricular junction ablation in patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48:734-43.
4. De Riva-Silva M, López Gil M, Fontenla-Cerezuela F, Salgado-Aranda R, Salguero-Bodes R, Arribas-Ynsaurriaga F. Utilidad de la ergometría convencional en el seguimiento de pacientes portadores de dispositivos de resincronización cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:908-15.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.09.016>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.09.017>

Comentarios al análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardiaca: motivos de consulta y utilización de recursos



Comments on the Analysis of Telephone Calls to a Heart Failure Unit: Reasons for the Call and Resource Use

Sra. Editora:

Hemos leído con gran interés la carta científica publicada por González et al¹ en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, y nos gustaría realizar varios comentarios al respecto, no sin antes felicitar a los autores.

Sabemos que la insuficiencia cardiaca es un síndrome complejo y multifactorial que afecta a un notable porcentaje de pacientes, que aumenta debido al envejecimiento progresivo de la población. Las guías de práctica clínica recomiendan como una prioridad la implantación de programas multidisciplinares². Una de las claves del éxito de estos programas radica en las intervenciones de educación sanitaria, básicamente promovida por enfermería, tal y como lo constatan diferentes estudios³. Los médicos tienen menos margen para aumentar el tiempo dedicado a los pacientes por el número de consultas que tienen que atender⁴, y enfermería asume el proceso educativo, sin desmerecer al resto del equipo encargado de otros aspectos.

Referente a la carta publicada, nos surgen varias dudas. Primero, sería interesante saber si la atención telefónica de enfermería se guía por una estructura previa o protocolo de actuación según el motivo de la consulta o, por el contrario, hace una mera captación de la demanda. En segundo lugar, necesitaríamos saber qué intervención realiza la enfermera en función de cada motivo de consulta. Por último, llama la atención el número de cuestiones burocráticas que atienden y que podría resolver personal administrativo.

Entendemos que dentro de un programa educativo, la atención a la demanda telefónica debería ser una actividad complementaria de otras intervenciones mayores. De hecho, dicha atención telefónica no ha demostrado beneficios y las pruebas no son suficientemente sólidas para respaldar su recomendación en las guías de práctica clínica².

En la figura que aparece en la carta indicando los motivos de consulta, hemos observado que los pacientes tienen principalmente dificultades en el tratamiento. Sus resultados pueden indicar que aumenta el número de consultas telefónicas por la falta de una intervención educativa previa sobre el plan terapéutico al paciente, lo que ocasiona dudas posteriores.

Una proporción importante de la demanda telefónica puede deberse a la confianza con el personal de la unidad y a su accesibilidad, que hace a los pacientes dependientes del sistema. De hecho, los más veteranos consultan por otros tratamientos no

cardiológicos. Esto parece contrario a la promoción del autocuidado, uno de sus objetivos iniciales y cuyo interés se ha evaluado en estudios anteriores⁵.

Respecto a la importancia del abordaje multidisciplinario, no deben olvidar otros niveles asistenciales, involucrando al personal de atención primaria, ya que suelen ser el primer punto de contacto cuando los pacientes de más edad acuden por síntomas de insuficiencia cardiaca aguda⁶. Además, sería buen momento para establecer buenas alianzas con enfermería comunitaria, ya que comparten un lenguaje común, como el autocuidado.

En definitiva, tienen razón en afirmar que sus resultados pueden ser relevantes en la planificación de futuras unidades de insuficiencia cardiaca. A nuestro modesto entender, es preciso estandarizar las intervenciones mediante un plan o programa de educación sanitaria que subsane las barreras que tienen los pacientes respecto a su tratamiento.

Ana R. Alconero-Camarero^{a,*}, Carlos Hernández-Jiménez^b
y María A. Pellico-López^c

^aDepartamento de Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España

^bCentro de Salud Meruelo, Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España

^cGerencia de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Torrelavega, Cantabria, España

Comentarios al análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardiaca: motivos de consulta y utilización de recursos. Respuesta



Comments on the Analysis of Telephone Calls to a Heart Failure Unit: Reasons for the Call and Resource Use. Response

Sra. Editora:

Hemos leído con interés la carta de Alconero-Camarero et al. referente al artículo «Análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardiaca: motivos de consulta y utilización de recursos»¹ y nos gustaría hacer unas puntualizaciones.

Nuestro estudio refleja simplemente una valoración de los motivos de consulta telefónica espontánea de los pacientes. La atención telefónica no estaba protocolizada previamente, ni la actuación de enfermería (figura) estaba estandarizada y, como se especificó, guardó relación con el tipo de consulta. Evidentemente, esta es una actividad complementaria a otras actividades mayores de la unidad (educación, supervisión, optimización del tratamiento, atención a descompensaciones, etc.). En ningún caso esta labor debe ser equiparada a los programas de atención o seguimiento de pacientes basados en el soporte telefónico a los que hacen referencia Alconero-Camarero et al.

No creemos que nuestros resultados indiquen que las llamadas telefónicas se deban a la falta de intervención educativa previa sobre el plan terapéutico del paciente. Simplemente constatan que, de entre todas las llamadas realizadas, las principales causas obedecen a cuestiones sobre el tratamiento. Frecuentemente las consultas buscaban un refuerzo positivo, es decir, la confirmación de aspectos abordados en la intervención educativa. De hecho, el concepto de autocuidado incluye ciertamente el «automanejo», pero también saber cuándo contactar con el personal sanitario. Tampoco creemos que pueda afirmarse que la mayor confianza con el personal de la unidad y su accesibilidad —aspecto crucial en las unidades de insuficiencia cardiaca— sean contrarias a la promoción

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: alconear@unican.es (A.R. Alconero-Camarero).

On-line el 13 de diciembre de 2013

BIBLIOGRAFÍA

- González B, Cabanes R, Cano L, Domingo M, Lupón J, Bayes-Genis A. Análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardiaca: motivos de consulta y utilización de recursos. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:914-5.
- McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:938.e1-59.
- McDonagh TA, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail.* 2011;13:235-41.
- Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev Esp Cardiol.* 2012;65 Supl 2:10-6.
- González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:166-70.
- Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med.* 1995;333:1190-5.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.05.023>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.09.015>

del autocuidado como se sugiere. Al contrario, es un mecanismo de refuerzo del autocuidado y favorece una mayor vigilancia por parte del paciente.

Coincidimos en destacar el número de cuestiones burocráticas que atienden las enfermeras, y de ahí nuestro comentario en el artículo.

Finalmente, somos, y hemos dado suficientes muestras de ello, fieles defensores del abordaje multidisciplinario y la incorporación de otros niveles asistenciales, como atención primaria, sin que ello sea incompatible con facilitar al máximo la accesibilidad de las propias unidades de insuficiencia cardiaca.

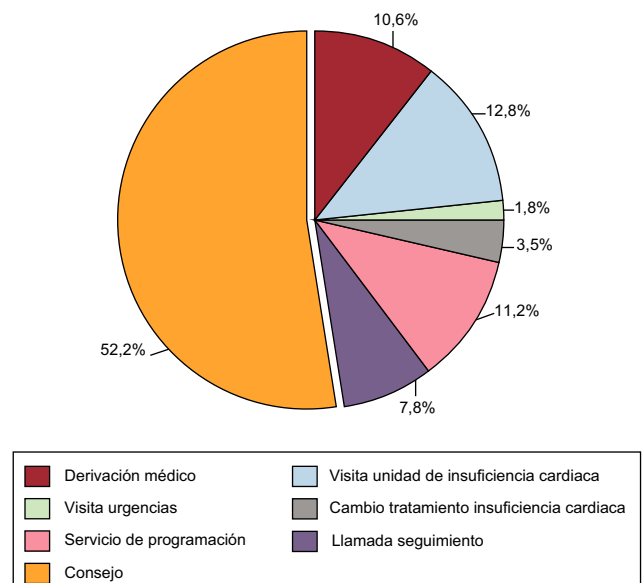


Figura. Tipo de respuesta o intervención realizada por enfermería.