

Criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular. Documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular

Comisión Conjunta de Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular*

INTRODUCCIÓN

Una de las principales misiones de la Sociedades científicas es influir, y actuar como interlocutor reconocido por las instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, que tengan capacidad para planificar, ejecutar y patrocinar acciones de prevención, asistencia, investigación, enseñanza y divulgación de recursos en materia de una determinada especialidad.

Las Sociedades Españolas de Cardiología (SEC) y de Cirugía Cardiovascular (SECCV), que están constituidas por la mayoría de los profesionales de la sanidad implicados en el tratamiento de los enfermos del corazón, han formado una Comisión (anexo 1) de carácter eminentemente científico que incluye a cardiólogos y cirujanos para estudiar y proponer unos criterios generales de ordenación temporal de las intervenciones en estos pacientes. Esta tarea, que *a priori* presentaba bastantes dificultades, se ha concretado en el presente informe.

Siendo el enfermo el centro de nuestra actuación profesional, la finalidad de este documento (anexo 2) es establecer unos criterios generales de referencia para definir el período de tiempo recomendable en el que un paciente cardíopata debiera ser operado. Se intenta con ello garantizar una asistencia óptima a quien requiere una intervención quirúrgica, y aportar al médico un instrumento útil en la toma de decisiones clínicas para disminuir al máximo el riesgo de estos pacientes y facilitar el uso apropiado de los recursos. Paralelamente, se pretende reducir la alarma entre los pacientes que se hallan en situación de espera de una intervención quirúrgica.

CONSIDERACIONES PREVIAS

De manera intencionada, esta Comisión ha empleado con preferencia criterios clínico-asistenciales para individualizar el grado de demora máxima recomendable para la cirugía. El objetivo no es sentar criterios de indicación quirúrgica –bien definidos en las diversas Guías de práctica clínica publicadas recientemente por la SEC¹ y otras asociaciones científicas– sino establecer un marco común admisible en la mayoría de los entornos asistenciales de nuestro país², que permita una ordenación temporal de las distintas situaciones clínicas hasta la intervención quirúrgica.

La definición de los tiempos de espera para la cirugía, en las diferentes categorías clínicas, debe basarse fundamentalmente en la necesidad asistencial del paciente. Los procesos patológicos contemplados se atienen a grupos de enfermedades cardíacas, y no a pacientes concretos en los que deben valorarse las características particulares que pueden modificar estos criterios y aun contraindicar la intervención (edad, lesiones no reparables, corta expectativa de vida, comorbilidad, etc.).

La determinación de los tiempos de espera no es sencilla, pues requiere una valoración de la situación clínica y posible evolución temporal (anexo 3), en la que, además de la historia natural de la enfermedad, entran en juego otros factores como la edad, morbilidad asociada, etc., y en algunas ocasiones determinados condicionantes psicosociales. No obstante, para permitir su generalización, en algunos países se han adoptado sistemas de puntuación (*score*) para la definición de los tiempos de espera máximos aceptables.

MÉTODO DE TRABAJO

Para poder definir los tiempos de actuación clínica aceptables en enfermos con indicación de tratamiento quirúrgico se han analizado los sistemas de puntuación publicados y validados, pero éstos, se refieren exclusivamente a enfermos con cardiopatía isquémica. No existen referencias explícitas en la bibliografía de sistemas de puntuación para el resto de la patología cardíaca, por lo que ha sido necesario desarrollar por esta

*Ver composición de la Comisión en anexo 1.

Correspondencia: Sociedad Española de Cardiología.
Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7. 28028 Madrid.
Correo electrónico: sec@secardiologia.es

TABLA 1. Cirugía prioritaria. Intervención durante el ingreso hospitalario

De emergencia	Intervención en menos de 24 h	Código 0
De urgencia	Intervención en menos de 72 h	Código 1
Preferente	Intervención en menos de 14 días	Código 2

TABLA 2. Cirugía programada. Intervención después del alta hospitalaria. Tiempo desde la indicación quirúrgica

Prelación alta	Intervención en menos de 6 semanas	Código 3
Prelación media	Intervención en menos de 3 meses	Código 4
Prelación baja	Intervención en menos de 9 meses	Código 5

Comisión una clasificación consensuada con base clínica para su aplicación inicial. Dada esta circunstancia, se considera necesaria la validación *a posteriori* de la efectividad y adecuación clínica de esta clasificación en nuestro medio, así como de la adaptación al mismo de las valoraciones en los enfermos coronarios.

Como base se establecen dos escenarios, que se definen como:

Cirugía prioritaria: intervención a realizar durante el ingreso de referencia.

Cirugía programada: intervención a realizar después del alta hospitalaria, o tras establecer una indicación quirúrgica en el ámbito ambulatorio.

En ambos entornos la situación clínica o evolutiva del enfermo determina los tiempos de espera quirúrgicos. Se han definido seis categorías (que figuran en las tablas 1 y 2) y cada una de ellas se identifica por un código (del 0 al 5).

Por necesidad de sistematización se han diferenciado tres grupos de patologías: los pacientes con enfermedad coronaria, los enfermos con alteraciones de las válvulas cardíacas, y un tercer grupo misceláneo para el resto de las patologías cardiovasculares susceptibles de tratamiento quirúrgico.

Patología coronaria

La cirugía de revascularización coronaria en pacientes con cardiopatía isquémica pretende dos objetivos: aumentar su supervivencia y mejorar su calidad de vida disminuyendo su sintomatología. Desde el punto de vista asistencial, se justifica la realización de recomendaciones sobre el grado de prioridad de la intervención en estos enfermos dada la gran variabilidad de riesgo de eventos cardíacos graves^{3,4}.

Los sistemas de puntuación más conocidos que permiten clasificar a los pacientes con enfermedad arterial coronaria en espera de cirugía son dos: el desarrollado en Ontario (Canadá) por el Revascularization Panel and Consensus Methods Group⁵, y el llevado a cabo

TABLA 3. Cirugía en patología coronaria

Angina	Lesiones coronarias/prueba de esfuerzo	código
Grado IV C	Cualquiera	Código 0
Grado IV B	Enfermedad significativa del tronco común izquierdo o equivalente (patrón anatómico en el que la oclusión de un vaso implica riesgo vital para el paciente)	Código 1
	Enfermedad coronaria con lesión subtotal en la porción proximal de la descendente anterior	Código 1
	Cualquier otra forma anatómica distinta de la anterior	Código 2
Grado IV A	Enfermedad severa del tronco común izquierdo	Código 2
	Enfermedad coronaria con lesión en la porción proximal de la descendente anterior y prueba de esfuerzo positiva de alto riesgo	Código 2
	Enfermedad multivaso, sin afectación de la descendente anterior proximal, y prueba de esfuerzo positiva de alto riesgo	Código 3
	Enfermedad significativa aislada de la descendente anterior proximal y prueba de esfuerzo positiva de alto riesgo	Código 3
	Enfermedad multivaso con lesión significativa de la descendente anterior proximal y prueba de esfuerzo negativa o de bajo riesgo	Código 3
	Enfermedad significativa aislada de la descendente anterior proximal y prueba de esfuerzo negativa o de bajo riesgo	Código 4
	Enfermedad multivaso, sin afectación de la descendente anterior proximal, y prueba de esfuerzo negativa o de bajo riesgo	Código 4
Angina estable grado III, II, I	Enfermedad significativa del tronco común izquierdo con prueba de esfuerzo positiva de alto riesgo, con independencia del grado funcional (I, II o III)	Código 2
Angina estable grado III	Enfermedad significativa del tronco común izquierdo con prueba de esfuerzo negativa o de bajo riesgo	Código 3
	Cualquier tipo de afectación anatómica y prueba de esfuerzo positiva de alto riesgo	Código 3
	Enfermedad multivaso, con o sin lesión significativa de la descendente anterior proximal, y prueba de esfuerzo negativa o de bajo riesgo	Código 4
Angina estable grado II o I	Enfermedad significativa del tronco común izquierdo con prueba de esfuerzo negativa o de bajo riesgo	Código 4
	Enfermedad coronaria, con o sin lesión significativa de la descendente anterior proximal, y prueba de esfuerzo positiva de alto riesgo	Código 4
	Enfermedad significativa aislada de la descendente anterior proximal con prueba de esfuerzo negativa o de bajo riesgo	Código 5

TABLA 4. Cirugía en patología valvular

Patología	Características clínicas	Código
Estenosis valvular aórtica severa	Edema de pulmón o hipotensión arterial	Código 0
	Insuficiencia cardíaca congestiva (a pesar del tratamiento)	Código 1
	Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, asintomática	Código 2
	Síncope repetido	Código 2
	Síncope aislado. Angina. Grado funcional III	Código 3
Insuficiencia valvular aórtica aguda	Grado funcional II. Otras indicaciones	Código 4
	Edema de pulmón o hipotensión arterial	Código 0
	Cierre precoz de la válvula mitral (por Eco) (PTDVI > 30 mmHg)	Código 1
	Severa, sin síntomas ni cierre precoz de válvula mitral	Código 2
Insuficiencia valvular aórtica crónica	Grado funcional IV	Código 2
	Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Grado funcional II-III	Código 3
	Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Grado funcional I	Código 4
	Con función ventricular izquierda conservada. Grado funcional II-III	Código 4
Estenosis mitral	Edema agudo de pulmón o hipotensión	Código 1
	Grado funcional IV	Código 2
	Grado funcional III	Código 4
	Grado funcional II	Código 5
Insuficiencia mitral aguda	Edema agudo de pulmón o hipotensión	Código 1
	Severa bien tolerada	Código 2
Insuficiencia mitral crónica	Grado funcional IV	Código 2
	Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Grado funcional I, II, III	Código 3
	Con función sistólica conservada. Grado funcional III	Código 3
	Con función sistólica conservada. Grado funcional II	Código 5
Polivalvulopatías (Individualizar, valorando la lesión dominante y la función ventricular izquierda)	Edema agudo de pulmón o hipotensión	Código 1
	Grado funcional IV	Código 2
	Grado funcional III	Código 4
	Grado funcional II	Código 5
Disfunción protésica aguda	Deterioro clínico-hemodinámico manifiesto: edema pulmonar o hipotensión	Código 0
Disfunción protésica crónica	Anemia hemolítica grave resistente a la terapia de sustitución	Código 2
	Grado funcional III-IV	Código 2
	Grado funcional II	Código 4
Infecciones valvulares (Cuando la indicación es por causa infecciosa la premura depende de la agresividad del germen y del cuadro toxiinfeccioso)	Endocarditis infecciosa que produce disfunción valvular aguda con compromiso hemodinámico (válvula nativa o protésica)	Código 0
	Endocarditis precoz sobre prótesis	Código 1
	Endocarditis protésicas tardías sin compromiso hemodinámico	Código 2

PTDVI: presión telediastólica del ventrículo izquierdo.

dentro del New Zealand Priority Criteria Project en Nueva Zelanda⁶. Ambos relacionan las características clínicas del paciente (tipo de angina, número de vasos coronarios principales afectados, lesión del tronco principal de la coronaria izquierda o de la arteria descendente anterior proximal y la existencia de isquemia grave en las pruebas de provocación) con el grado de demora máxima recomendable para la revascularización. En el segundo, además, se tuvieron en cuenta la gravedad de la estenosis coronaria, la función ventricular izquierda, la edad y ciertos factores sociales como la posibilidad de reincorporación laboral o la dependencia para los cuidados. Estos sistemas fueron validados posteriormente en amplios estudios analizando, además de la mortalidad⁷⁻¹⁰, otros factores como

las implicaciones socioeconómicas en cada país donde se han efectuado¹¹⁻¹⁴, o la percepción psicológica de los pacientes y de los facultativos ante las listas de espera para cirugía¹⁵.

Basándose en los estudios descritos y ateniéndose a las premisas de su propio método de trabajo, la Comisión ha estructurado los criterios para los enfermos coronarios, que se indican en la tabla 3.

Patología valvular

A diferencia de lo que ocurre con la enfermedad coronaria, no se ha publicado ningún baremo validado para graduar la premura de la intervención quirúrgica en las diversas enfermedades valvulares cardíacas. Sin

TABLA 5. Cirugía en patología miscelánea

Patología	Características clínicas	Código
Comunicación interventricular postinfarto	Progresión hacia el empeoramiento de cualquier parámetro hemodinámico: PA, PV, PCP, diuresis, SAO ₂ , radiografía de tórax	Código 0
Rotura del ventrículo izquierdo postinfarto	Mejoría o estabilidad de todos los parámetros hemodinámicos	Código 2
Insuficiencia mitral postinfarto	En todos los casos	Código 0
	Edema agudo de pulmón o bajo gasto cardíaco, con balón de contrapulsación	Código 0
	Estabilidad clínica, sin intubación	Código 2
Aneurisma del ventrículo izquierdo	Arritmias ventriculares graves o embolias, en paciente bien anticoagulado	Código 2
	Con insuficiencia cardíaca	Código 3
Bloqueo auriculoventricular	Enfermo sintomático. Implantación de marcapasos	Código 1
	Enfermo asintomático. Implantación de marcapasos	Código 2
Revisión/extracción de electrodos de marcapasos	Enfermo sintomático	Código 1
	Enfermo asintomático	Código 4
Miocardiopatía hipertrófica	Insuficiencia mitral severa. Grado funcional IV	Código 2
	Grado funcional III	Código 3
	Grado funcional II	Código 4
Pericarditis constrictiva	Grado funcional III-IV, con o sin ascitis	Código 3
	Grado funcional II, con edemas moderados	Código 4
Miocardiopatía dilatada	Con indicación de trasplante	Lista de espera específica
Shock cardiogénico	Si tiene indicación de implantación de dispositivo de asistencia ventricular	Código 0
Heridas del corazón	En todos los casos	Código 0
Mediastinitis (poscirugía)	Enfermo inestable	Código 0
	Enfermo estable	Código 1
Inestabilidad esternal (poscirugía)	Sin infección	Código 2
Aneurisma de aorta ascendente	Rotura o fisura	Código 0
	Diámetro mayor de 70 mm	Código 3
	Diámetro mayor de 55 mm	Código 4
Aneurisma de aorta torácica descendente	Rotura	Código 0
	Diámetro mayor de 70 mm	Código 3
	Diámetro mayor de 60 mm	Código 4
Diseccción aórtica	Diseccción de aorta ascendente	Código 0
	Diseccción aguda de aorta torácica descendente	Código 0
	Diseccción crónica de aorta torácica descendente (ver aneurisma de aorta torácica descendente)	Código 0
Tumores del corazón. Mixomas	En todos los casos	Código 2
Comunicación interauricular en el adulto	Enfermo sintomático	Código 4
	Enfermo asintomático	Código 5
Coartación aórtica del adulto	Enfermo sintomático	Código 3
	Enfermo asintomático	Código 4

PA: presión arterial; PV: presión venosa; PCP: presión capilar pulmonar; SAO₂: saturación arterial de oxígeno.

embargo, existen suficientes datos de la historia natural y del pronóstico como para realizar una adscripción directa según sea el tipo de lesión valvular, su gravedad hemodinámica, la repercusión sintomática y el grado de afectación de la función ventricular. A tenor de ello, la Comisión ha establecido sus criterios tal como se indica en la tabla 4.

Patología miscelánea

Este grupo abarca las indicaciones quirúrgicas en enfermedades cardiovasculares, no incluidas en los dos anteriores. No es fácil decidir los tiempos de espera para la cirugía en este conjunto de afecciones, ya que son menos frecuentes y están menos sistematizadas; por ello, la valoración individual de la situación

clínica del enfermo debe ser un factor determinante en la elección del momento de la cirugía, ya que un mismo proceso en unos casos es urgente y en otros electivo.

Los criterios propuestos se reflejan en la tabla 5.

CONSIDERACIONES GENERALES Y PROPUESTAS

Tiempo de espera para cirugía cardiovascular

Intencionadamente, este documento se refiere, de manera exclusiva, a los tiempos de espera quirúrgicos que se consideran aceptables en diferentes situaciones patológicas. No obstante, es evidente que su aplicación

clínica genera unas listas de pacientes en espera de intervención¹⁶. Aunque no es misión de la Comisión entrar en la discusión de esta circunstancia, tampoco queremos eludir algunas observaciones:

1. Se considera que un plazo de tiempo entre la indicación y la operación es necesario, y aun deseable en cirugía cardiovascular, para:

a) Realizar un estudio preoperatorio en profundidad, cuyos beneficios se reflejan directamente en la mortalidad quirúrgica.

b) Ordenar y planificar la actividad quirúrgica, para no saturar innecesariamente la unidad de cuidados postoperatorios ni el propio equipo quirúrgico (alternar casos de alta y baja complejidad, etc.).

c) Optimizar el empleo de los recursos disponibles, para poder realizar a diario partes completos de actividad quirúrgica.

2. La imprevisible inestabilización de algunos de estos enfermos forma parte de la historia natural de la enfermedad; ocurre sin relación con factor desencadenante conocido y puede acontecer también cuando están pendientes de una exploración o durante la espera de la cirugía. Esta situación es conocida y asumida por los servicios de salud de numerosos países, que la consideran inevitable. La Comisión intenta sentar plazos razonables de demora en cirugía cardíaca según los procesos, pero reconoce que el presente sistema de categorías adoptado u otros similares contemplados por los servicios nacionales de salud de países desarrollados, limitan pero no podrán evitar que excepcionalmente sigan ocurriendo eventos desfavorables durante la espera.

3. La Comisión conjunta SEC-SECCV asume que algunos cardiólogos o cirujanos cardiovasculares pueden disentir de los plazos de espera propuestos, ya que han sido necesarias simplificaciones o agrupamientos de afecciones en beneficio de la claridad y la sencillez. Estas recomendaciones deben tomarse como orientativas para cada caso en particular y las excepciones pueden y debieran ser especificadas, discutidas o elaboradas en la historia clínica del paciente o bien en el documento de ingreso hospitalario.

Sugerencias a las autoridades sanitarias

Esta Comisión sugiere a las autoridades sanitarias que:

1. Debe hacerse un esfuerzo para transmitir a los ciudadanos las ventajas de unas demoras quirúrgicas razonables y programadas, tanto en el sistema público de salud como en la práctica privada.

2. Es deseable que este informe sirva de referencia a los responsables de la planificación y gestión de los servicios sanitarios en sus distintos niveles de actuación.

3. Dado que los plazos señalados en este documento son muy difíciles de cumplir con el actual modelo de organización hospitalaria, se solicita a las autoridades

sanitarias una profunda remodelación y un aumento en la dotación de los recursos para los servicios de cardiología y de cirugía cardiovascular de los hospitales del sistema público. Aun contando con la nueva organización, mejor planificación y mayores recursos, es posible que los presentes plazos no puedan llegar a cumplirse en su totalidad antes de 2 años.

4. Ante la imposibilidad real de atender siempre e inmediatamente la totalidad de la demanda de cirugía cardíaca, podría considerarse la creación de un servicio central de información y gestión de la espera en cirugía cardíaca a nivel estatal y/o autonómico.

Comisión permanente de vigilancia y actuación

La necesidad de revisar la viabilidad y resultados de la aplicación clínica de estas normas en nuestro entorno, y la evidencia de que las presentes recomendaciones deberán sufrir indefectiblemente modificaciones y ajustes a la luz de nuevos conocimientos y opciones técnicas, hacen proponer que esta Comisión se constituya como Comisión Permanente (con la composición que se considere adecuada) y mantenga actualizadas las recomendaciones de manera continuada.

En esta ocasión sólo se han elaborado criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas para los casos de pacientes cardiopatas adultos. Debe considerarse la posibilidad de completar este informe con las recomendaciones para pacientes pediátricos.

Difusión del documento

Esta Comisión, con el acuerdo preceptivo de la SEC y la SECCV, propone que este informe de recomendaciones se publique de modo coincidente en las revistas científicas de ambas Sociedades, así como en los medios de comunicación pertinentes para que las acerquen a los profesionales involucrados en el tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín E, Rodríguez L, Bosch X, Iñiguez A, editores. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, 2000.
2. Estudio de los recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico. Madrid: Aula Médica y Sociedad Española de Cardiología, 2000.
3. Lázaro P, Fitch K, Martín Y. Estándares para el uso apropiado de la angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía aortocoronaria. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 689-715.
4. Estudio CIRCORCA (Cirugía Coronaria en Cataluña). Desigual perfil clínico, calidad de vida y mortalidad hospitalaria en pacientes operados de injerto aortocoronario en centros públicos y privados de Cataluña. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 806-815.
5. Naylor CD, Baigrie RS, Goldman BS, Basinski A, Revascularisation Panel and Consensus Methods Group. Assessment of priority

- for coronary revascularization procedures. Lancet 1990; 335: 1070-1073.
6. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 2: Coronary artery bypass graft surgery. Br Med J 1997; 514: 135-138.
7. Naylor CD, Sykora K, Jaglal SB, Jefferson S, and the Steering Committee of the Adult Cardiac Care Network of Ontario. Waiting for coronary artery bypass surgery: population-bases study of 8517 consecutive patients in Ontario, Canada. Lancet 1995; 346: 1605-1609.
8. Morgan CD, Sykora K, Naylor CD, the Steering Committee of the Cardiac Care Network of Ontario. Analysis of deaths while waiting for cardiac surgery among 29293 consecutive patients in Ontario, Canada. Heart 1998; 79: 345-349.
9. Naylor D, Szalai JP, Katic M. Benchmarking the vital risk of waiting for coronary artery bypass surgery in Ontario. Can Med Assoc J 2000; 162: 775-779.
10. Seddon ME, French JK, Amos DJ, Ramanathan K, McLaughlin SC, White HD. Waiting times and prioritisation for coronary artery bypass surgery in New Zealand. Heart 1999; 81: 586-592.
11. Scully HE. Medicare: The Canadian Experience. Ann Thorac Surg 1991; 52: 390-396.
12. Plomp J, Redekop WK, Dekker FW, Van Geldorp TR, Haalebos MMP, Jambroes G et al. Death on the waiting list for cardiac surgery in the Netherlands in 1994 and 1995. Heart 1999; 81: 593-597.
13. Bernstein SJ, Rieger H, Brorsson B, Hilborne LH, Leape LL, Meijler AP et al. Waiting for coronary revascularization: a comparison between New York State, the Netherlands and Sweden. Health Policy 1997; 42: 15-27.
14. Pell JP, Pell ACH, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. Br Med J 2000; 320: 15-19.
15. Alter DA, Basinski ASH, Naylor CD. A survey of provider experiences and perceptions of preferential access to cardiovascular care in Ontario, Canada. Ann Intern Med 1998; 129: 567-572.
16. Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. INSALUD. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, 1998.
17. Sociedad Española de Cardiología. Estatutos: Artículo II, apartados B y C. Madrid, 1998.

ANEXO 1. Composición de la Comisión

Esta Comisión fue nombrada por la SEC y SECCV, y ha estado constituida por: Lorenzo López Bescós^a y José Luis Pomar Moya-Prats^b (coordinadores), Joaquín Alonso Martín^c, José Azpitarte Almagro^d, Manuel de los Reyes López^e, Alberto Juffé Stein^f, José Manuel Revuelta Soba^g y Juan José Rupilanchas Sánchez^h.

^aFundación Hospital Alcorcón, Madrid. ^bHospital Clínico Universitario, Barcelona. ^cHospital Clínico Universitario, Valladolid. ^dHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ^eInstituto de Cardiología, Madrid. ^fHospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña. ^gHospital Universitario Valdecilla, Santander. ^hHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

ANEXO 2. Otras consideraciones

Las Sociedades Científicas

Tanto la Sociedad Española de Cardiología (SEC) como la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular (SECCV) desean promover el cumplimiento de normas éticas en el ejercicio de sus disciplinas así como defender el interés profesional de sus respectivas especialidades¹⁷, lo que implica, necesariamente, preocupación y sensibilidad por los problemas concernientes al ámbito de su quehacer y voluntad para implementar posibles soluciones.

Ambas Sociedades asumen que es competencia de los médicos –cardiólogos y cirujanos cardiovasculares– definir los modos correctos de proceder en el marco de su práctica profesional y contrastar éstos con otros profesionales de la medicina y enfermería con los que colaboran de forma habitual.

Información

El enfermo o, en su defecto, quien tenga la capacidad legal para decidir en su lugar, debe conocer y aceptar el planteamiento clínico relativo a su proceso patológico, que incluye: su situación clínica, opciones de tratamiento, pronóstico de su enfermedad y previsión temporal acerca de la intervención. No debe bastar la firma de aceptación o rechazo en el formulario de consentimiento informado, sino que debe ser preceptiva la solicitud de inclusión en la lista para intervención quirúrgica programada.

La Comisión considera que las recomendaciones propuestas en este documento ayudarán a:

1. Racionalizar la demora hasta la cirugía cardíaca, ya que se basan en criterios de prioridad clínica.
2. Establecer grupos homogéneos de patología cardiovascular, con necesidades asistenciales similares en cuanto a tratamiento y cuidados.
3. Clarificar el pronóstico en la evolución de diversas patologías, con el fin de disminuir la incertidumbre clínica y aumentar la seguridad jurídica de los médicos ante eventuales demandas.
4. Evitar estancias hospitalarias innecesarias de los pacientes.
5. Mejorar la confianza de los enfermos en los profesionales y, por ende, en nuestro sistema sanitario.

ANEXO 3. Glosario de definiciones y términos

Angina de pecho estable. Angina de esfuerzo que no ha tenido cambios en su patrón en el último mes de evolución. La gravedad se clasifica de acuerdo con los criterios de la Canadian Cardiovascular Society en varios grados:

Grado I. La actividad física ordinaria, como andar o subir escaleras, no produce angina. Ésta es consecuencia de ejercicios extenuantes, rápidos o prolongados, durante el trabajo o con actividades recreativas.

Grado II. Limitación ligera de la actividad ordinaria. La angina aparece en las siguientes circunstancias: andando o subiendo escaleras de forma rápida, subiendo cuestas, paseando o subiendo escaleras después de las comidas, con frío o viento, bajo estrés emocional o sólo durante las primeras horas del día al iniciar la deambulación. Bajo circunstancias normales y a un paso normal, el paciente es capaz de andar por llano más de dos manzanas y subir más de un piso de escaleras.

Grado III. Limitaciones manifiestas en la actividad física ordinaria. La angina puede aparecer al andar una o dos manzanas en llano o subir un piso de escaleras.

Grado IV. El paciente es incapaz de llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física. De forma ocasional, puede aparecer angina en reposo.

Angina inestable. Indica que la evolución del paciente es difícilmente previsible, aunque no necesariamente desfavorable, pues el concepto de inestabilidad lleva aparejado el de porvenir incierto. Requiere hospitalización.

Grado IV A. Angina inestable controlada con tratamiento óptimo y sin angina con la actividad hospitalaria.

Grado IV B. Angina inestable controlada con tratamiento óptimo pero desencadenada con mínimos esfuerzos.

Grado IV C. Angina en reposo, arritmias de origen isquémico o episodios de insuficiencia cardíaca aguda, a pesar de encontrarse con tratamiento máximo, incluyendo balón de contrapulsación.

Angina inestable controlada. Incluye aquellos pacientes que tuvieron angina con las características de inestable, pero con tratamiento farmacológico están > 72 horas y < 4 semanas sin síntomas.

Estenosis coronaria significativa

Lesión $\geq 50\%$ en tronco común de la coronaria izquierda.

En enfermedad de un vaso, lesión $\geq 70\%$ en una arteria epicárdica mayor.

En enfermedad multivaso, lesión $\geq 50\%$ en los vasos epicárdicos mayores afectados.

Clase funcional. La capacidad funcional o tolerancia al esfuerzo se define por el nivel de actividad que provoca síntomas de disnea o fatiga. Se clasifica en cuatro *grados (I, II, III, IV)*, según los criterios de la New York Heart Association o de la Canadian Cardiovascular Society, valiendo para su gradación la escala descrita al evaluar el tipo de angina de pecho.
