

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 cardíaca 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 cardíaca. 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

* Autor para correspondencia:

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

On-line el 13 de diciembre de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. González B, Cabanes R, Cano L, Domingo M, Lupón J, Bayes-Genis A. Análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardíaca: motivos de consulta y utilización de recursos. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:914-5.
2. 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 cardíaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:938.e1-59.
3. 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.
4. 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.
5. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:166-70.
6. 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>

Comentarios al análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardíaca: 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 cardíaca: 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 cardíaca— sean contrarias a la promoción

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 cardíaca.

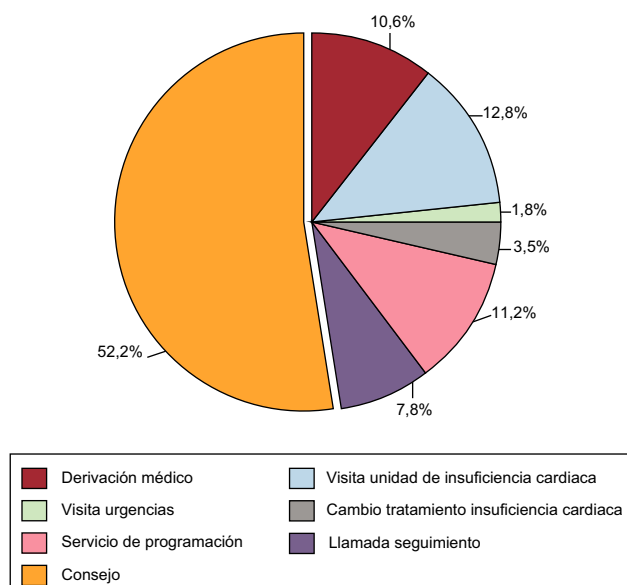


Figura. Tipo de respuesta o intervención realizada por enfermería.

Josep Lupón^{a,b}, Beatriz González^a, Mar Domingo^{a,*}
y Antoni Bayes-Genis^{a,b}

^aUnitat d'Insuficiència Cardíaca, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^bDepartament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: madote@gmail.com (M. Domingo).

On-line el 12 de diciembre de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. González B, Cabanes R, Cano L, Domingo M, Lupón J, Bayes-Genis A. Análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardíaca: motivos de consulta y utilización de recursos. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:914–5.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

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

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

Calcificación masiva del ventrículo izquierdo: ¿relacionada con la fibrosis endomiocárdica o idiopática?



Massive Left Ventricular Calcification: Related to Endomyocardial Fibrosis or Idiopathic?

Sra. Editora:

En un número reciente de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, Flores-Ríos et al¹ presentaron de forma resumida el caso de una mujer de 66 años con una calcificación ventricular izquierda masiva, y llegan a la conclusión de que la cardiopatía subyacente era una fibrosis endomiocárdica. Sin embargo, nosotros consideramos que esta conclusión se puede poner en duda.

La fibrosis endomiocárdica es una miocardiopatía restrictiva de etiología desconocida que se produce casi exclusivamente en regiones tropicales y subtropicales, en especial en algunos países de África, India y Brasil. La enfermedad se caracteriza por un engrosamiento fibroso irregular del endocardio en el vértice y el infundíbulo de entrada de uno o ambos ventrículos. La trombosis sobreañadida y la calcificación endomiocárdica son frecuentes en los casos avanzados. La obliteración parcial o total de la región apical de las cavidades ventriculares conduce a una disfunción diastólica². La ecocardiografía y, más recientemente, la resonancia magnética pueden mostrar las lesiones típicas y son las técnicas más útiles para confirmar el diagnóstico³. La biopsia endomiocárdica es útil tan solo en la presunta fase aguda-subaguda de la enfermedad, en la que podría haber también una inflamación endomiocárdica con contenido de eosinófilos desgranulados y trombosis⁴.

En el caso descrito, la paciente presentaba una disfunción leve sistólica, no diastólica, y la calcificación masiva estaba situada principalmente en el miocardio. No se registró obliteración apical ventricular en la ecocardiografía. La biopsia endomiocárdica mostró signos inespecíficos, es decir, hipertrofia miocardiocitaria y bandas de fibrosis endomiocárdica. Por lo tanto, el diagnóstico de fibrosis endomiocárdica carece de consistencia.

La calcificación tisular puede ser metastásica o distrófica. La calcificación metastásica se produce en el tejido normal a causa de la hipercalcemia; no disponemos de datos relativos a la

concentración sérica de calcio en la paciente presentada. La calcificación distrófica del miocardio es secundaria a la necrosis del tejido y se ha descrito en varios trastornos, como el infarto de miocardio, la miocarditis, la calcificación anular mitral idiopática y la fibrosis endomiocárdica⁵.

En conclusión, aunque la fibrosis endomiocárdica podría ser una posibilidad, a la vista de los datos presentados, consideramos que no se dan unos criterios definitivos para este diagnóstico específico y que la calcificación ventricular izquierda masiva de la paciente debe considerarse de etiología desconocida.

Luiz A. Benvenuti* y Vera M.C. Salemi

Heart Institute (InCor), University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brasil

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: anpluiz@incor.usp.br (L.A. Benvenuti).

On-line el 21 de diciembre de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. Flores-Ríos X, Piñón-Esteban P, Castro-Beiras A. Fibrosis endomiocárdica con masiva calcificación del ventrículo izquierdo. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:742.
2. Iglesias SD, Benvenuti LA, Calabrese F, Salemi VM, Silva AM, Carturan E, et al. Endomyocardial fibrosis: pathological and molecular findings of surgically resected ventricular endomyocardium. *Virchow Arch.* 2008;453:233–41.
3. Salemi VM, Rochitte CE, Shiozaki AA, Andrade JM, Parga JR, De Ávila LF, et al. Late gadolinium enhancement magnetic resonance imaging in the diagnosis and prognosis of endomyocardial fibrosis. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2011;4:304–11.
4. Leone O, Veinot JP, Angelini A, Baandrup UT, Basso C, Berry G, et al. 2011 Consensus statement on endomyocardial biopsy from the Association for European Cardiovascular Pathology and the Society for Cardiovascular Pathology. 2012;21:245–74.
5. Shackley BS, Nguyen TP, Shivkumar K, Finn PJ, Fishbein MC. Idiopathic massive myocardial calcification: a case report and review of the literature. *Cardiovasc Pathol.* 2011;20:e79–83.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2011.11.023>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.09.018>