

2. Tablas de mortalidad de la población de España por año, sexo, edad y funciones. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2015 [citado 19 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

3. Henry TD, Satran D, Hodges JS, Johnson RK, Poulouse AK, Campbell AR, et al. Long-term survival in patients with refractory angina. *Eur Heart J*. 2013;34:2683-8.

4. Cavender MA, Alexander KP, Broderick S, Shaw LK, McCants CB, Kempf J, et al. Long-term morbidity and mortality among medically managed patients

with angina and multivessel coronary artery disease. *Am Heart J*. 2009; 158:933-40.

5. Kandzari DE, Lam LC, Eisenstein EL, Clapp-Channing N, Fine JT, Califf RM, et al. Advanced coronary artery disease: Appropriate end points for trials of novel therapies. *Am Heart J*. 2001;142:843-51.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.02.013>

Organización de la atención a la insuficiencia cardiaca en España: unidades existentes y características



Organization of Heart Failure Care in Spain: Characteristics of Heart Failure Units

Sr. Editor:

La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud de primera magnitud cuya carga para el sistema sanitario y el conjunto de la sociedad ha aumentado en los últimos años¹ y se espera que continúe haciéndolo. Debido a la gran variedad de pacientes con pronósticos y opciones terapéuticas muy diversas, se recomienda el abordaje multidisciplinario y establecer modos de organización que lo garanticen (recomendación clase I A)².

Presentamos los resultados del proyecto MOSAIC (Mapa de la Organización de la Insuficiencia Cardiaca en España), que actualiza y amplía la información relativa a recursos y modos de organización existentes en España para la atención del paciente con IC³ y complementa la procedente de otros estudios recientes de la Sociedad Española de Cardiología⁴.

Se contactó con 219 de los 246 hospitales identificados (89%) en el catálogo general de hospitales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)⁵; 60 decidieron no participar y se eliminó a 8 por no aportar datos suficientes. Se presenta información de 151 hospitales, recogida mediante encuesta *online* y contacto telefónico en el último trimestre del año 2011.

Los hospitales se clasificaron en tres grupos de complejidad: primer nivel (sin hemodinámica, electrofisiología ni cirugía cardiaca), segundo nivel (con hemodinámica y/o electrofisiología y sin cirugía) y tercer nivel (con hemodinámica, electrofisiología y cirugía).

Respecto al tipo de unidad de IC, se consideraron dos tipos: generalista (reconocida en el hospital, con un responsable asignado y protocolo específico de atención al paciente con IC) y unidad de IC avanzada (con recursos para tratamiento de enfermos críticos: IC avanzada, evaluación previa al trasplante, monitorización hemodinámica y capacidad de indicación de implante de desfibrilador automático implantable y resincronizador).

Se incluyen centros de las 17 comunidades autónomas y Melilla, con una población total de referencia asignada de 34,2 millones de personas. De primer nivel asistencial son 87 centros (57,6%),

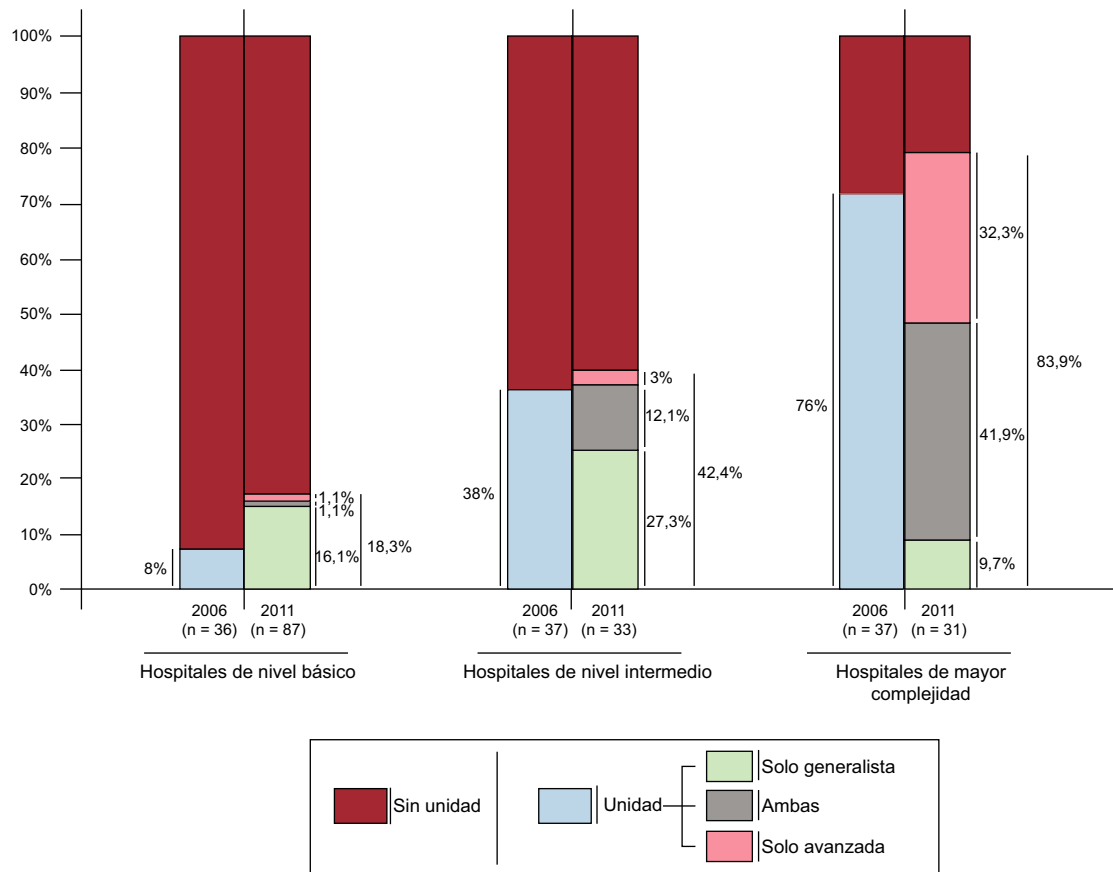


Figura. Unidades de insuficiencia cardiaca y tipo por complejidad del hospital.

Tabla

Programas y actividades de las unidades generalistas de insuficiencia cardiaca (n = 44) y responsabilidades asignadas al personal de enfermería

Programas o protocolos que existen en la unidad	
Programa de rehabilitación cardiaca	20 (45,5)
Protocolo conjunto con medicina interna	19 (43,2)
Protocolo conjunto con atención primaria	21 (47,7)
Programa de atención hospitalaria	10 (22,7)
Programa específico de telemedicina	9 (20,5)
Se realiza contacto telefónico no estructurado	5 (11,4)
Se realiza seguimiento telefónico estructurado*	6 (13,6)
Se realiza telemonitorización de datos biométricos con dispositivos a domicilio	5 (11,4)
Se realiza teleintervención a distancia con videoconferencia	1 (2,3)
Se realiza telemonitorización de dispositivos implantables (DAI y resincronizadores)	6 (13,6)
Hospital de día	28 (63,6)
Con sillones en la unidad	15 (34,1)
Rotan residentes por la unidad	21 (47,7)
Responsabilidades del personal de enfermería	
Educación del paciente y/o cuidadores	41 (93,2)
Tareas asistenciales de apoyo (p. ej., ECG)	42 (95,5)
Consulta específica de enfermería	29 (65,9)
Contacto y filtro telefónico con paciente	35 (79,5)
Enlace con médico y enfermería de atención primaria	31 (70,5)
Telemonitorización	11 (25)

DAI: desfibrilador automático implantable; ECG: electrocardiograma.

Los valores expresan n (%).

* Existe un protocolo escrito con el formulario y el calendario de contactos a realizar.

33 de segundo nivel (21,9%) y 31 los de mayor complejidad asistencial (20,5%). La mediana [intervalo intercuartílico] de altas anuales de los hospitales fue 9.220 [4.433-20.648] y la de altas por IC como motivo principal, 409 [156-687]. La figura recoge la proporción de centros con unidad y tipo comparada con la de 2006³ (si bien los criterios de tipo de hospital, no descritos en la publicación disponible, pueden diferir). Existe unidad de IC en 56 (37,1%) de los 151 centros. De estas, hay 16 en centros de primer nivel (el 28,6% del total de unidades), 14 (25%) en centros de segundo nivel y 26 (46,4%) en centros de tercer nivel. El 18,4, el 42,4 y el 83,9% de los centros de primer, segundo y tercer nivel, respectivamente, tienen unidad de IC, cifras solo ligeramente superiores ($p > 0,05$ en todos los casos) a las de 2006. Respecto al tipo de unidad, 26 son exclusivamente generalistas (el 46,4% de los centros con unidad y el 17,2% del total); 12, exclusivamente de IC avanzada (el 21,4 y el 7,9%), y 18 centros cuentan con unidades de ambos tipos (el 32,1 y el 11,9%). Los centros con unidad de IC son más grandes que los que no tienen estas unidades, con mayor número de altas totales —mediana, 18.906 [7.962-30.984] frente a 6.000 [3.498-13.154]— y por IC —661 [358-1.027] frente a 251 [121-493]— y con mayor número de cardiólogos —17 [9-23] frente a 4 [2-9]—. De los 44 centros con unidades generalistas (26 exclusivamente generalistas y 18 también con unidad de IC avanzada), la gran mayoría (n = 37 [84,1%]) dependen del servicio de cardiología y unas pocas (n = 6 [13,6%]) de medicina interna (en 2006, el 91 y el 9% del conjunto de unidades). Participan los siguientes servicios: cardiología en 42 (el 95,5%; el 96% en 2006), medicina interna en 17 (el 38,6%; el 11% en 2006), rehabilitación en 9 (el 20,5%; el 9% en 2006) y geriatría en 4 (el 9,1%; el 22% en 2006),

igual proporción que psiquiatría/psicología y asistencia social. Todos los centros, salvo uno, tienen personal de enfermería asignado a la unidad (el 78% en 2006), pero 20 (45,5%) de los 44 centros declaran no tener personal de enfermería a tiempo completo (el 74% en 2006, datos calculados). Son muy variables los programas existentes, la estructura y las actividades realizadas en estas unidades generalistas, como también lo son las tareas asignadas al personal de enfermería (tabla). En el 46,7% de las unidades de IC avanzada (14 de 30), el personal de la unidad no participa en el seguimiento de desfibriladores automáticos implantables y resincronizadores de sus pacientes.

En resumen, apenas ha cambiado la proporción de hospitales con unidades de IC desde 2006³, lo que indica que hay un amplio margen de mejora para cumplir la recomendación de las guías², especialmente en los centros de primer nivel. Además, las unidades de similar nivel de complejidad tienen gran variedad de estructuras y servicios prestados. Finalmente, hay un margen de mejora amplio en el papel de las propias unidades de IC avanzada, pues muchas no participan en el seguimiento de dispositivos que las propias unidades han indicado a los pacientes.

Es necesario avanzar en la definición y la implantación de estas unidades, entendidas de manera amplia, permitiendo, al mismo tiempo, la adaptación a particularidades locales e intentando la máxima eficiencia de los recursos asignados.

Agradecimientos

El estudio cuenta con el reconocimiento y el apoyo de la Sección de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante de la Sociedad Española de Cardiología. El trabajo de campo lo realizó SANED.

FINANCIACIÓN

El estudio ha sido financiado por Pfizer S.L.U.

CONFLICTO DE INTERESES

A. Castro-Beiras, M. Anguita, J. Comín, J.M. Vázquez-Rodríguez y J. Muñiz han recibido remuneración por asesoramiento en el desarrollo de este proyecto de SANED (empresa encargada del trabajo de campo).

Alfonso Castro-Beiras^{a,b}, Manuel Anguita-Sánchez^c, Josep Comín^d, José Manuel Vázquez-Rodríguez^b, Trinidad de Frutos^e y Javier Muñiz^{a,*}

^aInstituto Universitario de Ciencias de la Salud e Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Universidad de A Coruña, A Coruña, España

^bInstituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, Universidade da Coruña (UDC), A Coruña, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^dPrograma de Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología y Grupo de Investigación Biomédica en Enfermedades del Corazón, Instituto Hospital del Mar de Investigación Médica (IMIM), Barcelona, España

^eDepartamento Médico de Pfizer, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: javmu@udc.es (J. Muñiz).

On-line el 8 de mayo de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol. 2013;66:649-56.
2. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2012;33:1787-847.
3. Zamora E, Lupón J. Unidades de insuficiencia cardíaca en España: situación actual. Rev Esp Cardiol. 2007;60:874-7.

4. Sociedad Española de Cardiología. Registro RECALCAR. La atención al paciente con cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud. Recursos, actividad y calidad asistencial. Informe 2013. Disponible el 7 de julio de 2014 en <http://www.secardiologia.es/images/stories/registros/recalcar/Informe-Recalcar-2013.pdf>
5. Catálogo nacional de hospitales [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2006 [citado 15 May 2011]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.02.017>

Utilización de la cirugía de revascularización coronaria en nuestro medio. ¿Seguimos las recomendaciones de las guías?



The Use of Coronary Artery Bypass Graft in our Setting. Are We Following the Recommendations of the Clinical Guidelines?

Sr. Editor:

La cirugía de revascularización coronaria (CRC) es el tratamiento de elección para determinados contextos clínicos y anatómicos de la enfermedad coronaria y así se recoge en guías de práctica clínica, entre ellas la de la Sociedad Europea de Cardiología, que la Sociedad Española de Cardiología asume¹.

El objetivo del presente estudio es analizar el número de pacientes derivados a CRC en nuestro medio, determinar la tasa de intervenciones por número de habitantes, compararla con cifras de nuestro entorno y establecer el seguimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Para ello, se determina el número de pacientes derivados desde nuestra unidad para CRC en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de octubre de 2013, se establece la relación de pacientes intervenidos por millón de habitantes en nuestra área y se la compara con la situación en nuestro entorno. Por último, se analiza el número de pacientes que deberían haber sido derivados siguiendo las recomendaciones de las guías. Nuestro centro es referencia provincial para hemodinámica y tiene un área de influencia de 630.000 habitantes.

Durante el periodo analizado se diagnosticaron lesiones coronarias graves a 1.409 pacientes. Su manejo terapéutico se muestra en la figura. De los 75 derivados, se intervino a 44 (58,7%); de estos, se sometió a CRC aislada a 27 (61%) y a CRC y valvular combinada al resto. Esto representa 38,1 y 23,3/millón de habitantes-año para cirugía combinada y para CRC aislada respectivamente. Entre las causas de no haber intervenido a

31 pacientes, están que los cardiocirujanos no los consideraran apropiados para cirugía, fallecimiento y negativa a ser intervenido.

El perfil clínico de los pacientes se muestra en la tabla. El perfil de los 42 derivados a CRC aislada fue riesgo quirúrgico no elevado y puntuación SYNTAX alta (oclusiones crónicas, enfermedad de tronco y/o enfermedad multivaso con múltiples lesiones). La derivación se decidió habitualmente entre el hemodinamista y el cardiólogo clínico.

Según datos del registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, en 2011 se sometió a CRC a 7.149 pacientes (154/millón de habitantes-año) en España; de ellos, 5.010 a CRC aislada (111/millón de habitantes-año) y el resto a cirugía combinada²; ese año en Alemania se intervino a 55.299 pacientes (680/millón de habitantes-año), de los que 41.976 fueron a CRC aislada (516/millón de habitantes-año)³. En Estados Unidos en 2010, se realizó CRC aislada a 219.000 (697/millón de habitantes-año)⁴.

Dado que al valorar estos datos hay que tener en cuenta que están condicionados por la prevalencia de la enfermedad en las distintas zonas geográficas, se ha analizado la relación revascularización percutánea/CRC. En nuestro centro la relación fue de 44,7 para CRC aislada y 24,7 cuando se incluye a los pacientes con cirugía combinada. Según el Registro Español de Hemodinámica, en 2011 se sometió a revascularización percutánea a 63.202 pacientes, por lo que la relación revascularización percutánea/CRC fue de 12,6 para CRC aislada y 8,8 para combinada⁵. En 2010 la relación revascularización percutánea/CPC en Estados Unidos fue de 2,2.

Si bien los pacientes con enfermedad multivaso constituyen un grupo heterogéneo y es difícil generalizar estrategias⁶, la guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología¹ es precisa al establecer que los pacientes diabéticos con lesiones de 2 o más vasos tienen indicación de CRC con grado de recomendación I y nivel de evidencia A. El número de pacientes que reunían este criterio en nuestro estudio y, según las recomendaciones,

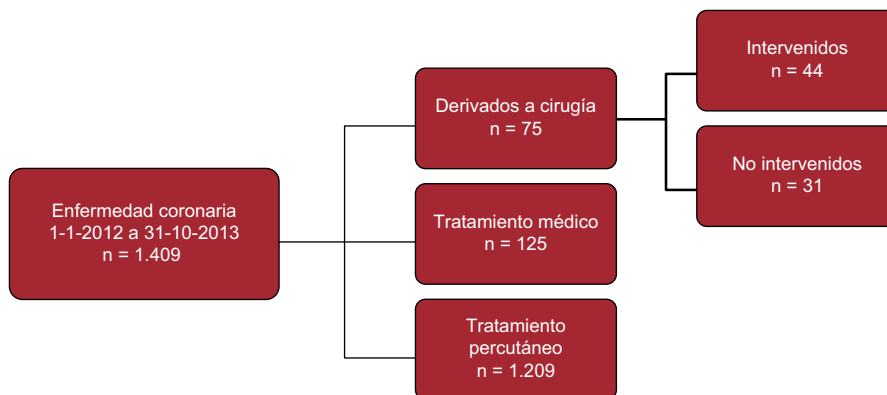


Figura. Manejo terapéutico de los pacientes diagnosticados de enfermedad coronaria.