

Evidencia del tratamiento con marcapasos en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Respuesta



Evidence From Pacing in Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. Response

Sr. Editor:

Agradecemos a los autores sus comentarios y compartimos su opinión en cuanto al limitado papel de la estimulación secuencial auriculoventricular (ESAV) en las guías de práctica clínica, teniendo en cuenta que estas recomendaciones se basan fundamentalmente en tres pequeños estudios controlados con placebo no exentos de limitaciones¹. Asimismo, la superioridad de las técnicas de reducción septal sobre la ESAV solo ha sido probada en centros altamente especializados. La escasez de dichos centros en nuestro medio y la no desdeñable morbimortalidad asociada a las técnicas de reducción septal (15% en la miectomía y 40% en la ablación septal) hacen de la ESAV una estrategia atractiva en pacientes adecuadamente seleccionados.

Por otra parte, la ESAV ha demostrado un mayor beneficio clínico en pacientes de edad avanzada y con mayor deterioro funcional basal¹. La notable mejoría de la clase funcional subjetiva descrita en nuestro trabajo podría, por tanto, estar relacionada con la alta edad media de los pacientes de la muestra (66 años) y el alto porcentaje de ellos en clase funcional avanzada (93% en clase III-IV de la *New York Heart Association* [NYHA]). Aunque la edad media en el trabajo de Sandín et al² es similar a la de nuestra cohorte, esta no incluyó pacientes en clase funcional IV y solo el 62,9% se encontraba en clase III, lo que podría justificar las diferencias mencionadas en cuanto a mejoría funcional. Reconocemos que, a pesar del tamaño muestral y el seguimiento a muy largo plazo, una de las principales limitaciones de nuestro trabajo es la ausencia de

una valoración objetiva de la clase funcional. A pesar de que la valoración subjetiva de esta mediante la clasificación de la NYHA sigue condicionando gran parte de los cambios terapéuticos en la práctica clínica, sería sin duda interesante el diseño de estudios que llevaran a cabo un análisis objetivo de los efectos de la ESAV mediante el empleo no solo de la ergometría convencional (en la cual la clase funcional ha de inferirse indirectamente), sino con estudios de consumo de oxígeno.

Alfonso Jurado Román, José M. Montero Cabezas*
y Juan C. Tascón Pérez

Departamento de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: jmonterocabezas@gmail.com
(J.M. Montero Cabezas).

On-line el 30 de marzo de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Jurado Román A, Montero Cabezas JM, Rubio Alonso B, García Tejada J, Hernández Hernández F, Albarrán González-Trevilla A, et al. Estimulación auriculoventricular secuencial en pacientes con miocardiopatía hipertrófica: 18 años de experiencia. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:377-83.
2. Sandín M, Marín F, Cambronero F, Climent V, Caro C, Martínez JG, et al. ¿Existe un efecto beneficioso a largo plazo con el tratamiento con marcapasos de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva severa? *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:1233-9.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.01.015>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.01.024>

Toma de decisiones por el equipo cardiaco en España: ¿hay margen de mejoría?



Heart Team Decision-making in Spain: Is There Room for Improvement?

Sr. Editor:

Hemos leído la carta de Fernández-Rodríguez et al¹ sobre la toma de decisiones en el paciente cardiológico y queremos felicitarles por su original análisis. La elección del tipo de tratamiento que se aplicará representa un momento decisivo y, si bien la sesión médico-quirúrgica nació con la propia coronariografía, el reconocimiento real de su importancia se sitúa en las guías de revascularización miocárdica de la Sociedad Europea de Cardiología en 2014², rebautizándose como *Heart-Team* (equipo cardiaco), donde se le adscribe recomendación de clase I con nivel de evidencia C.

Existen varios factores que influyen en la decisión y el trabajo de Fernández-Rodríguez et al¹ refleja una variable hasta ahora no contemplada, relacionada con el comportamiento de los grupos en la toma de decisiones. El hecho de que España, consideraciones aparte sobre la incidencia de la enfermedad coronaria, sea el país europeo con menor tasa de cirugía coronaria (17,7 casos/10⁻⁵, mientras que países como Alemania, Dinamarca, Bélgica o Turquía llegan a 67-68), creemos que merece una reflexión³. El factor señalado por Fernández-Rodríguez et al¹, puede considerarse como no modificable, pero existen otros cuya corrección podría reducir estas diferencias. En nuestra opinión, si bien el equipo cardiaco no tiene poder administrativo, sí es soberano en decisión clínica y

debería analizar la situación del tratamiento de la patología cardiovascular en su zona de referencia y buscar posibilidades de mejora. En modelos más flexibles, como en Nueva York⁴, existe un estricto control del proceso por parte del clínico y la no aplicación de las guías conlleva consecuencias legales. El propio clínico elige el intervencionista o cirujano de acuerdo con el paciente, quien puede acudir con su seguro al operador elegido incluso fuera de su ciudad o Estado. Por otra parte, existe una auditoría de resultados ponderados por la complejidad del paciente, realizada por agentes externos al centro y dependientes del Estado de Nueva York. El riesgo de cada paciente se calcula por regresión logística basada en sus características clínicas, y la falta de veracidad de los datos proporcionados a los auditores supone importantes sanciones al centro. Este modelo consiguió una disminución de la mortalidad del 41% entre 1989 y 1992, y desde ese año se publican los datos en Internet por operador y centro, de manera que el paciente puede acceder a ellos. Por último, no existen listas de espera puesto que el propio paciente penalizará al centro acudiendo a otro.

Nuestro modelo cuenta con operadores muy cualificados e infraestructura de última generación, pero hay varios factores que podrían ser modificables, al menos parcialmente, y que son los que en nuestra opinión han llevado a la situación actual. En primer lugar, el hecho de que un paciente tenga que acudir obligatoriamente a un centro, sin tampoco poder elegir cardiólogo clínico ni operador, y que estos facultativos sean remunerados de igual forma independientemente de su capacitación, actividad y resultados, es el primero de los defectos. En segundo lugar, la falta de transparencia de las listas de espera quirúrgicas motiva que los clínicos y los intervencionistas no confíen en la cirugía cuando una

espera prolongada puede suponer un detrimento al paciente⁵. En tercer lugar, por falta de infraestructura no se hace una auditoría basada en características clínicas, sino que las realizadas hasta la fecha, además de muy escasas, han recibido críticas por basarse en datos administrativos⁶, modelo que fracasó en Nueva York y que llevó a su interrupción temporal hasta la llegada de las basadas en el riesgo individual⁴. Por último, la menor presencia del clínico en la decisión, unida a la pérdida de confianza en la cirugía y la ausencia de consecuencias por la no aplicación de las guías, hacen que el poder de decisión del intervencionista sea alto y que el paciente que llega a la sesión esté ya muy seleccionado.

Aunque la solución completa a estos problemas puede parecer utópica, creemos que en lo posible deberían probarse modelos más flexibles, pues esta estructura es, en gran medida, la causante de la situación actual.

Iñigo Lozano*, Juan Rondan, José M. Vegas y Eduardo Segovia

Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (I. Lozano).

On-line el 19 de marzo de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Rodríguez D, Rodríguez-García M, Cevallos J, Hernández-Afonso J. Toma de decisiones por el equipo cardiaco: ¿democracia o dictadura? Rev Esp Cardiol. 2016;69:224-6.
2. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: the Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Eur Heart J. 2014;35:2541-619.
3. Townsend N, Nichols M, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe – epidemiological update 2015. Eur Heart J. 2015;36:2696-705.
4. Hannan EL, Cozzens K, King 3rd SB, Walford G, Shah NR. The New York State cardiac registries: history, contributions, limitations, and lessons for future efforts to assess and publicly report healthcare outcomes. J Am Coll Cardiol. 2012;59:2309-16.
5. Sobolev BG, Fradet G, Kuramoto L, Rogula B. The occurrence of adverse events in relation to time after registration for coronary artery bypass surgery: a population-based observational study. J Cardiothorac Surg. 2013;8:74.
6. Bertomeu V, Cequier A, Bernal JL, Alfonso F, Anguita MP, Muñoz J, et al. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. Rev Esp Cardiol. 2013;66:935-42.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.10.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.01.017>

Toma de decisiones por el equipo cardiaco en España: ¿hay margen de mejora? Respuesta



Heart Team Decision-making in Spain: Is There Room for Improvement? Response

Sr. Editor:

Agradecemos muy sinceramente el interés de Lozano et al por nuestro artículo¹ y acompañamos algunas observaciones a sus comentarios.

A pesar de las limitaciones inherentes del equipo cardiaco¹, la toma de decisiones colectivas en cardiología desempeña un papel fundamental. Dicha toma de decisiones vendrá condicionada por las características específicas y las preferencias de cada paciente, y por la disponibilidad de recursos, y podrá ser modificada tanto por el funcionamiento interno del equipo cardiaco como por la supervisión de sus resultados por las autoridades sanitarias.

Uno de los modelos asistenciales más destacados es el del Estado de Nueva York². La autoridad sanitaria audita y evalúa los procesos asistenciales basándose en registros estandarizados y obligatorios derivados de datos de pacientes individuales. Los resultados son públicos y anuales, y contienen datos sobre intervencionismo coronario, cirugía cardiaca y cirugía cardiaca pediátrica que se ajustan según factores de riesgo clínico. La publicidad de estos registros ha llevado a una homogeneización en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y en la actuación de los equipos cardiacos de dicho Estado. Todo esto ha permitido reducir drásticamente la mortalidad.

Coincidimos con Lozano et al en que la dificultad de remitir a pacientes a otros centros, la falta de transparencia en las listas de espera, las auditorías basadas en datos administrativos y la progresiva pérdida de peso de los cardiólogos clínicos en la toma de decisiones son aspectos a mejorar en nuestro sistema sanitario.

Sin embargo, nuestra crítica previa¹ de las limitaciones del equipo cardiaco podría quedar en un mero ejercicio mental si la evaluación de un determinado sistema de toma de decisiones no viene soportada por datos tangibles. Es aquí donde iniciativas para

evaluar resultados de salud en patología cardiovascular, como INCARDIO³, son muy importantes para determinar si las actuaciones de un determinado grupo se ajustan a los objetivos de calidad asistencial exigibles.

Por todo ello, es necesario que las sociedades científicas elaboren, además de las guías de práctica clínica para el tratamiento de enfermedades concretas, protocolos de actuación para los equipos cardiacos. Asimismo, los centros deberían adjuntar las conclusiones de las reuniones del equipo cardiaco a la documentación de los pacientes, y finalmente, las autoridades sanitarias tendrían que evaluar los centros según la adherencia a dichos protocolos.

En conclusión, la estandarización y la protocolización de la actuación de los equipos cardiacos y la ulterior evaluación de sus resultados son imperativas para mejorar la toma de decisiones clínicas en nuestro país.

Diego Fernández-Rodríguez^{a,*}, Joaquim Cevallos^b, Miguel Rodríguez-García^c y Julio Hernández-Afonso^a

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^bIntensive Care Unit, St. Thomas' Hospital, Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido

^cDepartamento de Gestión, Educación Sen Fronteiras, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: d.fernan.2@hotmail.com, dfernan2@clinic.ub.es (D. Fernández-Rodríguez).

On-line el 19 de marzo de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Rodríguez D, Rodríguez-García M, Cevallos J, Hernández-Afonso J. Toma de decisiones por el equipo cardiaco: ¿democracia o dictadura? Rev Esp Cardiol. 2016;69:224-6.