

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: jmmonterocabezas@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