

Factores que contribuyen a la reducida indicación de revascularización quirúrgica en España



Factors Contributing to the Low Rate of Surgical Revascularization in Spain

Sr. Editor:

Hemos leído el artículo de Vázquez Ruiz de Castroviejo et al¹ y queremos felicitar a los autores por esta aportación de indudable relevancia. En nuestra opinión, las diferencias en el porcentaje de revascularización quirúrgica en España y otros países pueden deberse en parte a peculiaridades de sus sistemas sanitarios. En primer lugar, en España en general el paciente está obligado a acudir a su centro de referencia y la remuneración del médico es independiente del número de pacientes atendidos, a diferencia de otros países en los que se puede elegir centro e incluso médico según resultados que se reportan públicamente y en los que el facultativo es remunerado según los pacientes atendidos. Nuestro sistema puede provocar cierta despersonalización del proceso con menor presencia del clínico en la decisión y mayor libertad del intervencionista, lo cual puede causar incremento de las revascularizaciones percutáneas. En segundo lugar, las prolongadas listas de espera quirúrgicas también pueden influir notablemente. Las indicaciones de tipo I se basan en estudios aleatorizados, mientras que la práctica diaria en determinadas regiones es bien distinta. En el año 2000 se publicaron los criterios de ordenación temporal de cirugía cardíaca², y ya entonces se solicitaba una profunda remodelación e incremento en la dotación de los hospitales públicos, y se avisaba de que sería muy difícil alcanzar los plazos recomendados antes de 2 años. Quince años después siguen existiendo importantes colapsos en determinadas regiones, pese a que la cardiología intervencionista, en teoría, está realizando procedimientos que, según las guías, deberían ser quirúrgicos. El Real Decreto 605/2003³ intentó homogeneizar las listas de espera públicas y subraya la función del Consejo Interterritorial de garantizar unas condiciones de igualdad efectiva. Define como «Registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada» al «registro que incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano». Se define como «fecha de entrada en el registro» la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico y clasifica a los pacientes en tres tipos: a) en espera estructural, los que están en situación de ser intervenidos y cuya espera es atribuible a la organización y los recursos disponibles; b) en espera tras rechazo de intervención en centro alternativo, y c) transitoriamente no programables por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención o por solicitud de aplazamiento por motivos personales o laborales. En nuestra opinión, es muy importante

homogeneizar criterios, pues en unos centros la entrada en el registro se realiza al ser aceptado en sesión médico-quirúrgica, mientras que en otras, es en una consulta posterior con el cirujano, a veces meses después, con la consiguiente ausencia de un número considerable de pacientes en la lista, aunque ya hayan sido aceptados por el cirujano en la sesión. Por otra parte, en ocasiones el centro alternativo ofertado está a una distancia que obliga a la familia a pasar el proceso en un hotel en una ciudad diferente e incluso otra región, con el consiguiente trastorno, por lo que muchos rechazan esta solución y son derivados al grupo que rechaza la intervención en centro alternativo. Todo ello modifica la lista y, lejos de solucionar el problema, lo agrava al camuflarlo, pues el número de pacientes aceptados en sesión y sin operar sigue siendo el mismo. Finalmente, una última reestructuración natural puede complicar aún más el problema, y es que la más frecuente inestabilización de los coronarios puede hacer que adelanten a los valvulares y estos sufran más las consecuencias, al tener una evolución clínica durante la espera más silente hasta el empeoramiento clínico, cuando ya su situación es mucho más desfavorable. Con la progresiva incidencia de estenosis aórtica y dado que con las restricciones actuales la válvula percutánea ha facilitado tratamiento a pacientes inoperables sin reducir apenas la lista de espera quirúrgica, creemos que, mientras no se subsanen estos defectos en una especialidad en la que la demora puede tener consecuencias fatales, desde las secciones de hemodinámica tenemos la obligación de reducir dichas demoras disminuyendo las derivaciones de pacientes coronarios.

Iñigo Lozano*, Jose M. Vegas, Juan Rondan 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 27 de julio de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Ruiz de Castroviejo E, Herrador Fuentes JÁ, Guzmán Herrera M, Aragón Extremera V, Alania Torres EM, Fernández Guerrero JC. Utilización de la cirugía de revascularización coronaria en nuestro medio. ¿Seguimos las recomendaciones de las guías? Rev Esp Cardiol. 2015;68:635-6.
2. 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. Rev Esp Cardiol. 2000;53:1373-9.
3. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/06/05/pdfs/A21830-21840.pdf>

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.02.022>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.06.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.05.014>