

¿Qué hay de nuevo en cuidados críticos cardiológicos?

Introducción

Introduction

Rosa-María Lidón*

Unitat de Crítics Cardiovasculars, Servei de Cardiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España; Presidenta de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares, Sociedad Española de Cardiología, Madrid, España

Los cambios acontecidos en las últimas décadas en la valoración, la atención y el tratamiento del paciente crítico cardiovascular son la expresión de los cambios que han tenido lugar no solo en las técnicas, los dispositivos y el instrumental, sino en la base del conocimiento tanto molecular como fisiopatológico de las enfermedades cardiovasculares, y que han modificado la concepción de la cardiología actual.

Cuando en 1961 Desmond Julian¹ propuso la formación de las unidades coronarias (UC) como lugar donde el personal sanitario especialmente entrenado podía monitorizar de manera continua a los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) y así detectar y tratar precozmente las arritmias ventriculares, fue un concepto revolucionario. La primera UC la creó el mismo Julian en 1962 en Sídney; la primera en nuestro país fue la del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, creada en 1969.

Como no podía ser de otra manera, desde hace unos años, los que trabajamos en la atención del paciente crítico cardiológico hemos ido evolucionando al tiempo que los cambios acontecidos en la cardiología. Así pues, los pacientes con IAM, que antes eran la piedra angular de nuestras UC, han cambiado totalmente su perfil desde que realizamos reperfusión miocárdica mediante intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPp). Los pacientes con IAM tratados con ICPp, en clase funcional Killip-Kendall I y con función ventricular conservada, ya no requieren de la UC; una unidad de semicríticos o de cuidados intermedios —puede usarse la terminología que se desee— es suficiente. En cambio, la expectativa de vida se ha alargado, hay mayor pluripatología y enfermedades más complejas, fruto de la supervivencia a afecciones previas, además de que se realizan procedimientos cada vez más complejos. Todo ello nos ha llevado a un cambio en el paradigma de nuestros pacientes y nos conduce a abordar las enfermedades no como entidades independientes, sino como resultantes de uno o varios procesos patológicos en un individuo. Por lo tanto, el perfil de nuestros pacientes ha variado, lo que hace que nuestras UC se hayan ido transformando en unidades de críticos cardiovasculares (UCC) y que los cardiólogos responsables de dichas unidades hayamos evolucionado para poder dar respuesta a los cambios acontecidos.

Bajo estas premisas, en la reunión administrativa de nuestra sección en octubre de 2013, siendo su presidente el Dr. Antonio Fernández-Ortiz, se votó y se aprobó el cambio de nombre de la sección al actual de Sección de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares. No se trata de un cambio formal de nombre, sino que representa la realidad que estamos viviendo en el día a día.

Desde la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC), y las secciones de cuidados críticos respectivas, *Acute Cardiac Care Association* (ACCA) y Sección de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares (ClyCAC), conscientes de la trascendencia de los cambios, se está trabajando para estructurar la atención de los pacientes críticos cardiovasculares. Dos son los elementos básicos en esta estructuración: primero, el conocimiento de cuál es la situación real de la atención al paciente crítico cardiovascular en nuestro medio. Para ello, el plan estratégico 2011-2016 de la SEC, durante la presidencia del Dr. Vicente Bertomeu, puso en marcha el Proyecto RECALCAR con dos objetivos: «elaborar un diagnóstico de situación sobre la asistencia cardiológica en España para poder desarrollar, basándose en el análisis anterior, propuestas de políticas de mejora de la calidad y eficiencia en la atención al paciente con cardiopatía en el SNS»². La colaboración en el proyecto RECALCAR ha permitido a la Sección de ClyCAC conocer la realidad de la atención al paciente crítico cardiovascular en todo el territorio nacional.

Una vez establecido el estado actual, el segundo elemento básico, auténtico puntal para nuestra sección, es contribuir a la formación específica de los cardiólogos que han de tratar a los pacientes en fase crítica y potenciar con nuestras acciones la subespecialidad, siempre desde la premisa de que la docencia, la formación continuada y la investigación son la base imprescindible de nuestro quehacer médico.

Una de las herramientas de la Sección de ClyCAC para la formación son los cursos que se desarrollan en el marco del Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares, que desde la sección queremos cuidar de forma especial. En el Congreso de Santiago de Compostela de 2014 tuvo lugar un curso de alta calidad no solo en opinión de los moderadores, sino reconocida por la valoración que hicieron los asistentes. Ello nos animó a considerar darle forma escrita, lo que, gracias a la colaboración desinteresada de Menarini, se ha podido plasmar en el presente suplemento. Una de las características del curso, que desde nuestro punto de vista fue clave para el éxito, es que todos y cada uno de los ponentes son personas que trabajan en UCC, lo que condiciona que afronten los temas con pleno conocimiento tanto teórico como práctico.

Los temas que se trataron en el curso y se exponen a continuación son de auténtica actualidad, de los que afrontamos en el quehacer cotidiano. El primer tema es la hiperglucemia en el paciente crítico, ya sea diabético conocido, de primera presentación o no diabético. José María García Acuña y Emad Abu Assi tratan el abordaje de la hiperglucemia, presente en un gran porcentaje de pacientes.

El conocimiento de los fármacos vasoactivos, sus familias, los mecanismos de acción y sus propiedades son elementos básicos para que se utilicen en la situación hemodinámica y en los pacientes adecuados. Jordi Bañeras realiza una exposición exhaustiva y clara de todos los fármacos vasoactivos, tanto los clásicos como los que han surgido últimamente, para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y el *shock* cardiogénico y mixto.

*Autor para correspondencia: Unitat de Crítics Cardiovasculars, Servei de Cardiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Pg. Vall d'Hebron 119, 08035 Barcelona, España.

Correo electrónico: rmlidon@vhebron.net (R.M. Lidón).

A continuación se tratan tres temas cuyo nexo es la controversia. El primero es la reposición de volumen por cristaloides o coloides, y Jaime Aboal lo aborda de manera concisa y con gran espíritu crítico. Desde los primeros ensayos clínicos publicados en 2002, el uso de la hipotermia moderada terapéutica en pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria se había generalizado para un amplio abanico de situaciones. Ana Viana analiza en su artículo en qué punto estamos en la utilización de la hipotermia después del ensayo clínico publicado por Nielsen³, cuyos resultados cuestionan esta técnica. Por último, Albert Ariza et al abordan un tema de plena actualidad y continua controversia como es el uso del balón de contrapulsación intraaórtico, que los ensayos clínicos no respaldan.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Julian DG. Treatment of cardiac arrest in acute myocardial ischemia and infarction. *Lancet*. 1961;ii:840-4.
2. Bertomeu V, Elola FJ, Muñiz J. Datos más relevantes y conclusiones del estudio RECALCAR. *SEC Monogr*. 2014;2:3-10.
3. Nielsen N, Wetterslev J, Cronberg T, Erlinge D, Gasche Y, Hassager C, et al. TTM Trial Investigators. Targeted temperature management at 33°C versus 36°C after cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2013;369:2197-206.