

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.recresp.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,

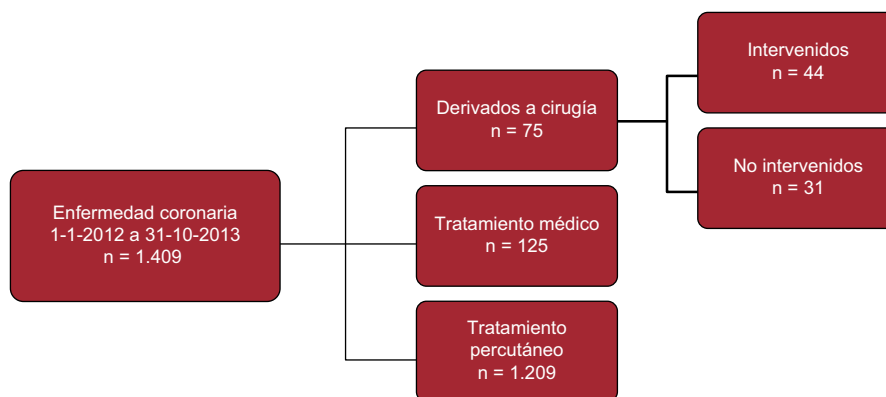


Figura. Manejo terapéutico de los pacientes diagnosticados de enfermedad coronaria.

Tabla

Perfil clínico de los pacientes derivados e intervenidos

	Derivados	Intervenidos
Pacientes	75 (3,4/mes)	44 (2/mes)
Varones	62 (82,7)	37 (84,1)
Edad (años)	68,15 (43–84)	66,48 (43–82)
Coronarios aislados	42 (56)	27 (61,3)
Disfunción sistólica (FEVI < 35%)	19 (25,3)	8 (18,2)

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Los valores expresan n (%) o media (rango).

susceptibles de CRC como primera opción terapéutica fue de 287 (20,3%). A estos habría que añadir otros contextos anatómicos en los que también se debe considerar la CRC, como enfermedad de tronco, enfermedad multivaso con puntuación SYNTAX compleja, etc.

Creemos que los resultados del presente estudio concuerdan con la práctica habitual en nuestro país; aunque tienen la limitación de ser datos de un solo centro, que además no dispone de cirugía cardíaca, indican que la CRC se utiliza escasamente y que no se tiene en cuenta algunas recomendaciones de la guía europea de práctica clínica asumida por la Sociedad Española de Cardiología respecto a revascularización coronaria. A pesar de que la comparación realizada con la situación general de España y otros países no se puede considerar rigurosa por basarse en datos obtenidos de registros voluntarios y no incluir a los pacientes que, pese a residir en nuestra área de influencia, no fueron tratados o derivados desde nuestro centro, la información disponible indica que en España se practica CRC en medida mucho menor y, probablemente, con diferencias regionales significativas.

Las sociedades científicas de cardiología y cirugía cardíaca deberían analizar esta situación, que conlleva entre otras consecuencias que la adquisición y el mantenimiento de habilidades por los cardiocirujanos se haga difícil, y si se considera que existen circunstancias específicas que desaconsejen la aplicación

de la guía europea en nuestro país, se debe elaborar unas recomendaciones propias. En caso contrario, hay que determinar las causas que han conducido a crear y mantener esta actitud y establecer medidas para corregirla.

Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo*,
Juan Ángel Herrador Fuentes, Manuel Guzmán Herrera,
Víctor Aragón Extremera, Edgardo Maxim Alania Torres
y Juan Carlos Fernández Guerrero

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: vazquez89@arrakis.es
(E. Vázquez Ruiz de Castroviejo).

On-line el 2 de mayo de 2015

BIBLIOGRAFÍA

- Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2014;35:2541–619.
- Centella T, Igual A, Hornero F. Cirugía cardiovascular en España en el año 2011. Registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. *Cir Cardiovasc*. 2013;20:74–88.
- Funkat AK, Beckmann A, Lewandowski J, Frie M, Schiller W, Ernst M, et al. Cardiac surgery in Germany during 2011: A report on behalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2012;60:371–82.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger V, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics—2014 Update. A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;129:e228–92.
- Díaz JF, de La Torre JM, Sabate M, Goicolea J. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XXI Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990–2011). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:1106–16.
- Morales Salinas A. Tratamiento médico óptimo: ¿es la peor opción en la enfermedad coronaria multivaso? *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:1074.

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

Cambio de dispositivo de asistencia ventricular de larga duración a dispositivo de corta duración como puente al trasplante cardíaco



Switch From a Long-term to a Short-term Ventricular Assist Device as a Bridge to Heart Transplantation

Sr. Editor:

A pesar del éxito del programa de trasplantes cardíacos de España, en los últimos años el número de donantes óptimos ha disminuido y ello ha dado lugar a unos tiempos de espera más largos y un aumento de los trasplantes cardíacos (TxC) urgentes¹.

Los pacientes a los que se practica un trasplante urgente tienen menor supervivencia y, por consiguiente, se recomienda mejorar su estado clínico con el empleo de dispositivos de asistencia ventricular. Actualmente en España, el 15% de los pacientes pasan por un tratamiento puente con dispositivos de asistencia ventricular antes del TxC. Dado que los tiempos de espera son < 6 meses para un TxC electivo y < 1 mes para un TxC urgente¹, en la mayoría de los pacientes puede utilizarse un puente con un dispositivo de asistencia ventricular de duración corta o intermedia. Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) Berlin Heart EXCOR® (Berlin Heart AG; Berlín, Alemania) son una opción que se elige con frecuencia.

Presentamos 2 casos en los que se sustituyó un DAVI EXCOR® por un dispositivo de asistencia ventricular de flujo continuo de corta duración CentriMag® (Thoratec Corp.; Pleasanton, California, Estados Unidos) como puente al trasplante, debido a complicaciones tromboembólicas.

El primer caso es el de un varón de 55 años con una miocardiopatía dilatada isquémica, al que se implantó un dispositivo EXCOR® como puente para considerarlo candidato a un TxC, debido a una hipertensión arterial pulmonar grave irreversible. Diez días después del implante, durante el paso de heparina a acenocumarol (razón internacional normalizada [INR] = 2) y ácido acetilsalicílico en dosis de 100 mg, el paciente sufrió un accidente isquémico transitorio. El día 17, con INR = 3, se observó un trombo rojo en los senos de las válvulas de poliuretano (VPU). Se añadió al tratamiento la administración de dipiridamol en dosis de 300 mg/día y heparina, con resolución del trombo. La agregometría mostró un 80% de inhibición del ácido araquidónico. Se añadió al tratamiento la administración de clopidogrel en dosis de 75 mg/día debido a la presencia de depósitos de fibrina blancos persistentes. En el día 40, un cateterismo cardíaco derecho mostró reversibilidad de la hipertensión pulmonar. Sin embargo, en el contexto de un cambio a tratamiento con heparina, el paciente sufrió un ictus isquémico. Se observaron trombos rojos en los senos de las VPU (figura 1). Se reemplazó el DAVI EXCOR® por un DAVI CentriMag®, sin necesidad de una nueva esternotomía, utilizando las