

el ecocardiograma o un aumento/descenso de la troponina cardíaca y suma por lo menos 3 puntos según nuestro sistema de puntuación, se propone realizar un análisis por tomografía de coherencia óptica/ecografía intravascular para excluir una DCE.

Cuando se aplica nuestro sistema de puntuación al caso descrito por Lezcano Gort et al.¹, encontramos más de 3 puntos clínicos y signos muy claros en la angiografía coronaria (que sumaron otros 3 puntos).

En cuanto a la estrategia terapéutica, estamos muy de acuerdo con la solución de Lezcano Gort et al.¹. Esta estrategia terapéutica coincide plenamente con la propuesta en nuestro organigrama. De hecho, para pacientes asintomáticos con DCE de vaso distal o en un vaso de diámetro < 3,0 mm, proponemos que se considere un tratamiento conservador (primera elección) o que se utilice uno de los siguientes dispositivos: armazón vascular bioabsorbible, *stent* farmacológico o balones recubiertos de fármaco, según las características clínicas/angiográficas del paciente^{5,10}.

Por otro lado, debería preferirse la estrategia del armazón vascular bioabsorbible en casos de lesión de vaso proximal/medio, con diámetro \geq 3,0 mm o si el paciente sigue sintomático/hemodinámicamente inestable, según informa nuestro grupo^{8,10,11} y en línea con un caso emblemático publicado previamente en la revista¹².

Es de vital importancia realizar un estrecho seguimiento, con o sin técnicas de imagen invasivas, para evaluar el riesgo de recidiva de DCE y el sellado óptimo del vaso con el paso del tiempo^{3,4}.

En conclusión, deseamos resaltar que un sistema de puntuación clínica/angiográfica parece ser útil principalmente para ayudar a los intervencionistas a evitar que se pase por alto un diagnóstico de DCE. Además, creemos que, en ausencia de un consenso de expertos universal o de amplia experiencia clínica, nuestra propuesta terapéutica podría ser un buen punto de partida para establecer el tratamiento más adecuado para pacientes con DCE.

Dario Buccheri*, Davide Piraino y Giuseppe Andolina

Interventional Cardiology, A.O.U.P. Paolo Giaccone Hospital, Palermo, Italia

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: dariobuccheri@gmail.it (D. Buccheri).

On-line el 18 de julio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Lezcano Gort LE, Romani SA, Rodríguez Carreras CR. Postpartum multivessel spontaneous coronary artery dissection. *Rev Esp Cardiol*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.027>
- Saw J, Mancini GBJ, Humphries K, Fung A, Boone R, Starovoytov A, et al. Angiographic appearance of spontaneous coronary artery dissection with intramural hematoma proven on intracoronary imaging. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2016;87:E54-61.
- Alfonso F, Paulo M, Gonzalo N, Dutary J, Jimenez-Quevedo P, Lennie V, et al. Diagnosis of spontaneous coronary artery dissection by optical coherence tomography. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59:1073-9.
- Saw J. Spontaneous coronary artery dissection. *Can J Cardiol*. 2013;29:1027-33.
- Giacoppo D, Capodanno D, Dangas G, Tamburino C. Spontaneous coronary artery dissection. *Int J Cardiol*. 2014;175:8-20.
- Buccheri D, Piraino D, Andolina G. Behçet disease and spontaneous coronary artery dissection: The chicken or the egg? *Int J Cardiol*. 2016 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.04.145>
- Alfonso F, Bastante T, Cuesta J, Rodríguez D, Benedicto A, Rivero F. Spontaneous coronary artery dissection: novel insights on diagnosis and management. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2015;5:133-40.
- Buccheri D, Piraino D, Silva Orrego P, Cortese B. Is vasospasm overestimated in acute coronary syndromes presenting with non-obstructive coronary artery disease? The case for intravascular imaging *Int J Cardiol*. 2016;203:1125-6.
- Buccheri D, Piraino D, Cortese B. Intravascular imaging as a tool for definite diagnosis of acute coronary syndrome caused by spontaneous coronary artery dissection. *Int J Cardiol*. 2016;214:43-5.
- Buccheri D, Piraino D, Latini RA, Andolina G, Cortese B. Spontaneous coronary artery dissections: a call for action for an underestimated entity. *Int J Cardiol*. 2016;214:333-5.
- Buccheri D, Piraino D, Andolina G. Biovascular resorbable scaffold for spontaneous coronary artery dissection: RAIlders on the storm of a debatable therapy. *Int J Cardiol*. 2016;214:387-8.
- Ortas-Nadal MR, Pascual I, Moreno-Ambrojo C. A spontaneous coronary dissection successfully treated with bioabsorbable scaffolds. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:894.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.027>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.009>

Sistema de puntuación para el enfoque diagnóstico y terapéutico de la disección coronaria espontánea. Respuesta



Score System Approach to Diagnose and Manage Spontaneous Coronary Artery Dissection. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el interés mostrado por Buccheri et al. en relación con nuestro trabajo¹. Tras una atenta lectura, nos gustaría dedicar un comentario respecto a sus consideraciones.

La disección coronaria espontánea (DCE), considerada inicialmente un diagnóstico raro, es actualmente la causa más frecuente de infarto asociado a la gestación y una causa importante de síndrome coronario agudo en mujeres menores de 50 años, entre las que puede alcanzar una prevalencia cercana al 30%². Sin embargo, su diagnóstico se aventura difícil si no se tiene un elevado nivel de sospecha, y los cardiólogos intervencionistas no están familiarizados con el patrón angiográfico más común de la DCE, que es el tipo 2. Esto conlleva en la práctica diagnósticos erróneos y que la DCE esté infradiagnosticada.

El advenimiento de las técnicas de imagen intracoronaria (tomografía de coherencia óptica/ecocardiografía intravascular) ha contribuido a optimizar el reconocimiento de esta entidad³, y estas

forman parte vital de algoritmos propuestos por expertos para el diagnóstico y el tratamiento de la DCE⁴. El sistema propuesto por Buccheri et al.⁵ tiene la novedad de puntuar variables clínicas y angiográficas que elevan la sospecha de DCE, lo cual favorece el uso de tomografía de coherencia óptica/ecocardiografía intravascular para confirmarla y tratarla. Como estrategia diagnóstica nos parece útil y práctica, y ciertamente evitará muchos diagnósticos erróneos. El tratamiento propuesto, sin embargo, está basado en su propia experiencia y una revisión de la literatura; a diferencia de la enfermedad aterosclerótica, no existen estudios controlados aleatorizados dirigidos al tratamiento de la DCE, y la estrategia conservadora resulta válida para la mayoría de los pacientes estables. Por lo tanto, aun bien fundamentada, su implementación generalizada es poco probable hoy día, aunque coincidimos que puede ser un punto de partida para que, trabajando de forma conjunta, se pueda establecer el tratamiento óptimo de la DCE y este se vea reflejado en nuestras guías de práctica clínica.

Luis Enrique Lezcano Gort*, Sebastián Alejandro Romani, Cecilio Raúl Rodríguez Carreras y Francisco Javier Fernández Portales

Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: lezcanogort@gmail.com (L.E. Lezcano Gort).

On-line el 18 de julio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Lezcano Gort LE, Romani SA, Rodríguez Carreras CR. Disección coronaria espontánea multivaso en el puerperio. Rev Esp Cardiol. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.027>
2. Saw J, Aymond E, Mancini GB, Sedlak T, Starovoytov A, Ricci D. Nonatherosclerotic coronary artery disease in young women. Can J Cardiol. 2014;30:814-9.

3. Alfonso F, Paulo M, Dutary J. Endovascular imaging of angiographically invisible spontaneous coronary artery dissection. JACC Cardiovasc Interv. 2012;5:452-3.
4. Ortas-Nadal MR, Pascual I, Moreno-Ambroj C. Disección coronaria espontánea tratada con armazones bioabsorbibles. Rev Esp Cardiol. 2015;68:894.
5. Buccheri D, Piraino D, Latini RA, Andolina G, Cortese B. Spontaneous coronary artery dissection: a call for action for an underestimated entity. Int J Cardiol. 2016;214:333-5.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.010>

Sostenibilidad del sistema sanitario: más allá de los análisis de coste-efectividad



Sustainability of the Health System: Beyond Cost-effectiveness Analyses

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo de Campillo-Artero y Ortún¹ sobre los análisis de coste-efectividad y estamos totalmente de acuerdo con sus planteamientos. España puede presumir de un sistema sanitario público universal que, aunque tenga su mayor lastre en las a veces prolongadas listas de espera, cuenta con un nivel de formación excelente de sus profesionales y una dotación tecnológica que puede compararse a la de cualquiera de los países de primera línea. Sin embargo, están surgiendo alarmas sobre su sostenibilidad. Los autores proponen el análisis de coste-efectividad de la misma forma que en Estados Unidos y Japón se están desarrollando los *appropriate use criteria* o AUC². La situación actual exige acciones, además de la propuesta por Campillo-Artero y Ortún¹.

La industria farmacéutica y los fabricantes de dispositivos son esenciales para diseñar la tecnología sin la cual no podríamos trabajar. Concretamente en cardiología, ambas han proporcionado avances que, en muchas ocasiones, han sido extrapolados directamente a otras especialidades, como cirugía vascular o neurología. Además, la industria siempre ha sustentado nuestra formación continuada, hecho particularmente relevante en España por la siempre insuficiente financiación innata a un sistema de cobertura universal. El mencionado coste-oportunidad conlleva que las necesidades asistenciales limiten la financiación pública de la formación continuada. Por ello, la colaboración con ella en nuestro contexto se considera necesaria. Además, no hay que olvidar la creciente redirección de inversiones hacia otros sectores más rentables, como la oncología³.

Creemos que la sostenibilidad necesita el entendimiento entre administración, profesionales sanitarios e industria. En este sentido, pensamos que existe margen de mejora en la aplicación de los resultados de los estudios y su reflejo en las guías de práctica clínica. La recomendación de clase I se adjudica por estudios de distribución aleatoria y metanálisis y, según la medicina basada en la evidencia, los análisis *post hoc* solamente pueden generar hipótesis para un estudio futuro, el cual muchas veces no se realizará porque, tras obtenerse el objetivo principal del ensayo central, el interés del promotor desaparece. Sin embargo, no debemos olvidar que las guías no deben tratar nunca de costes, pues los sistemas sanitarios de los países son muy diferentes y, además, un paciente podría querer financiar su tratamiento independientemente del coste.

La realidad es que en muchas ocasiones el sistema sanitario público no puede financiar la terapia para todas las indicaciones de clase I (además, probablemente no sea coste-efectivo en todas ellas) y ahí comienzan las tensiones. Por una parte, el departamento de marketing del fabricante defiende dicha indicación de tipo I independientemente del número de pacientes que deberían ser tratados para evitar un suceso; por otra parte, algunos profesionales defienden dicha indicación universal, a veces con excesiva firmeza, lo cual dificulta la comunicación con la administración, la cual se impermeabiliza ante la opinión del facultativo. Los gestores, además, suelen actuar con visiones cortoplacistas dependientes de nuestro particular sistema político y consideran la petición de la terapia solo en términos económicos. Ello suele generar rechazo frente al nuevo tratamiento y sus defensores, incluyendo la denegación de este o la demora en su adquisición.

Si volvemos a recordar que la función de las guías no es tratar de aspectos económicos, creemos que la solución pasa por un entendimiento entre los tres actores. En primer lugar, los departamentos de marketing deben entender la situación y no diseñar una estrategia basada en conseguir la totalidad de los tratamientos; en segundo lugar, los profesionales debemos facilitar el trabajo a la administración al promover las terapias e innovaciones en los subgrupos que más beneficio puedan obtener y limitarlas en el resto⁴. Finalmente, si todo esto se produce, la propia administración debe reconocer estas acciones y actuar con criterios más técnicos y menos cortoplacistas. Solamente de esta forma se conseguirá un uso racional de los tratamientos. Incluso, dado que la mayor causa de fracaso de los fármacos en el sector cardiovascular no es la falta de seguridad o eficacia sino su rentabilidad³, se podría pactar con la administración una penetración más coste-efectiva, pero a su vez con una prolongación de la patente para facilitar el retorno al fabricante. Concretamente en cardiología, deberíamos aprender la lección reciente de los nuevos antiagregantes, donde la disparidad en las indicaciones y financiación entre las comunidades autónomas es muy amplia porque la historia puede repetirse con la llegada de los inhibidores de la PCSK9 y la LCZ696 en insuficiencia cardíaca.

Iñigo Lozano*, Juan Rondán, 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 4 de julio de 2016