

Atrium

El hecho de que en las últimas décadas no se hayan producido en la insuficiencia cardiaca (IC) innovaciones terapéuticas tan taxativas como en el caso del síndrome coronario agudo ha obligado a un esfuerzo imaginativo de organización asistencial para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. Este esfuerzo se ha plasmado esencialmente en los programas de atención específica a pacientes con IC. En este número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, se publican tres artículos relevantes en relación con este tema.

Aunque, de forma genérica, se ha demostrado en múltiples meta-análisis la efectividad de los programas de atención específica a pacientes con IC para reducir la mortalidad y las rehospitalizaciones, la investigación sobre qué variables del proceso asistencial que compone el programa de atención se asocian en mayor medida con dicha efectividad o, dicho de otra manera, qué aporta valor añadido, no es tan habitual. Es lo que han tratado de abordar Oyanguren Artola et al. con una metarregresión de 66 ensayos clínicos aleatorizados publicada en este número. Si bien muchos de sus resultados en relación con variables asociadas a mayor efectividad son esperables (mayor número de profesionales y componentes de la intervención, la especialización de cardiólogos y enfermeras, una educación protocolizada y evaluada, la automonitorización de signos y síntomas, etc.), no por ello el estudio es menos meritorio, pues representa un indudable esfuerzo para sistematizar y someter a juicio cuantitativo los múltiples componentes derivables de un proceso complejo. Algún resultado es sorprendente; por ejemplo, la asociación con una menor efectividad de los programas llevados a cabo en Estados Unidos. Los autores justifican dicho hallazgo por las diferencias en diversos factores del proceso asistencial entre Estados Unidos y Europa. Sin embargo, puesto que el modelo incorpora la mayoría de los factores del proceso, cabe preguntarse si hay un problema de sobreajuste o un sesgo de mala especificación. En todo caso, si bien el mensaje esencial del artículo es válido y aporta conocimiento de indudable utilidad, como en todos los casos de metarregresión, posiblemente haya que interpretar con precaución algunos hallazgos, al tratarse de un diseño con similares riesgos de sesgo que un estudio observacional.

Comín-Colet et al. exponen la complejidad para dilucidar los componentes del programa que aportan valor añadido y las razones de dicha complejidad en una excelente revisión publicada en el mismo número. Aunque se reconocen elementos clave comunes para el desarrollo de un programa de atención en IC, los autores enfatizan y justifican los modelos de atención de la IC centrados en las transiciones de cuidados en lugar de los modelos tradicionales de atención crónica. La alta tasa de reingresos de los pacientes con IC, el mal pronóstico general asociado a un reingreso y la oportunidad que supone el ingreso para documentar adecuadamente el diagnóstico, ajustar el tratamiento, incidir en la educación sanitaria y elaborar un plan de seguimiento son los elementos fundamentales que justificarían este cambio de modelo. La centralización de las unidades/programas de IC en los momentos de transición ingreso-alta supone una evolución de las unidades tradicionales a programas multinivel. En este cambio de paradigma la ruta asistencial, o vía clínica que trasciende los niveles asistenciales y que exige una perfecta coordinación entre ellos, constituye el elemento esencial. Al inicio de la intervención en la fase intrahospitalaria seguiría un proceso de planificación del alta, una visita precoz tras el alta, un seguimiento estructurado basado en las guías de práctica clínica y la planificación de otras transiciones avanzadas. Si bien los autores son convincentes en las bondades del modelo de atención que propugnan (modelo Barcelona Litoral Mar),

se echa de menos una gradación, semicuantitativa o al menos cualitativa, del valor añadido relativo que supone la implementación de un componente/intervención respecto a otro para poner en perspectiva la importancia de cada una de ellas. Quizá la telemonitorización, que ha arrojado resultados tan discrepantes, pueda no tener el mismo impacto que otro componente, como podría ser la visita precoz tras el alta o un programa educativo.

En todo caso, los autores de uno y otro artículo documentan la complejidad asociada al proceso asistencial de una enfermedad crónica grave que implica a varios niveles asistenciales y, por lo tanto, exige de instituciones y sociedades científicas un esfuerzo de organización y gestión. Por eso en este número se publican también los estándares elaborados por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) para clasificar y establecer los requisitos para las unidades de IC, dentro del marco del proyecto SEC-Excelente. Sin duda este documento será de utilidad para cardiólogos, profesionales de enfermería, médicos generales, gestores y políticos, para mejorar la calidad asistencial en una enfermedad que se prevé de prevalencia y dificultad de manejo progresivamente crecientes.

En este mismo número, Rodríguez-Granillo et al. comparan, en 80 pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica, una versión de la angiografía coronaria mediante tomografía computarizada (angio-TC coronaria) tecnológicamente más avanzada (con doble energía) con la angiografía coronaria convencional para evaluar la carga arterioesclerótica coronaria, así como la distribución de las lesiones, y documentan la mayor precisión de la angio-TC coronaria de doble energía para localizar lesiones, especialmente en los segmentos proximales. Tomando como referencia la angiografía, la angio-TC coronaria mostró buenos valores predictivos, aunque siempre más limitados en caso de calcificación. Como indica Andreini en el editorial acompañante, en el que resume las peculiaridades técnicas de la angio-TC coronaria de doble energía, uno de los hallazgos más interesantes es que, hasta en el 43% de los pacientes a los que se habría catalogado como pacientes con coronarias sanas por la angiografía, se localizó algún grado de lesión con la angio-TC coronaria de doble energía. Aunque está por dilucidar la implicación clínica y en el pronóstico de esta nueva tecnología, es posible que en un futuro sea útil para estratificar el riesgo de los pacientes con «coronarias sanas».

En relación con las técnicas de imagen cardiaca avanzadas, Gallego-Delgado et al. avanzan un paso más al documentar una correlación entre la afección cardiaca en la amiloidosis por depósito de transtiretina, identificada por aumento del volumen extracelular evaluado con secuencias de mapeo en T1 con cardiorresonancia, con el grado de afección neurológica evaluada con diversos cuestionarios. En el editorial acompañante Culotta y Moon, aunque reconocen la limitación del reducido tamaño muestral (30 pacientes), inciden en la novedad y la importancia del uso de mapeo en T1 para detectar el aumento del volumen extracelular como método diagnóstico de la infiltración miocárdica por amiloide, así como su potencial futuro para evaluar las terapias posibles.

Ya en el área intervencionista, Abdul-Jawad Altisent et al. actualizan en una revisión la evidencia y las incertidumbres existentes sobre la efectividad y la seguridad de los dispositivos de protección embólica para los procedimientos de implante transcatheter de prótesis aórtica, no sin antes repasar los conocimientos actuales sobre los mecanismos fisiopatológicos de lesión neurológica en dichos procedimientos, los métodos de detección y cuantificación y la potencial relevancia clínica y pronóstica. El tema se completa con el editorial acompañante de Jones et al., en el que defienden que, aunque en series

contemporáneas las tasas de ictus clínico con los procedimientos percutáneos son incluso menores que con la cirugía convencional, es altamente probable que el uso de estos dispositivos sea la norma en el futuro, pues las imágenes de resonancia cerebral muestran un menor volumen total de lesión en los pacientes en los que se usaron. Si bien no dejan de ser mayormente lesiones subclínicas, la esperable extensión de la técnica percutánea a pacientes cada vez más jóvenes indica un potencial beneficio a largo plazo y en grandes poblaciones de estos dispositivos.

El último artículo original de este número, el estudio REPAR de Galve et al., observacional, prospectivo y multicéntrico, realizado en 1.103 pacientes con enfermedad coronaria estable, actualiza una información que, no por ya conocida, es menos reveladora, pues solo en un 26% de estos pacientes se documentó un adecuado control lipídico y en el resto, no se objetivó un cambio terapéutico sustancial a pesar del control no óptimo. Si bien el muestreo realizado no permite garantizar ausencia de un potencial sesgo de selección, es altamente improbable que los hallazgos sean explicables por ese potencial sesgo,

lo que nos recuerda la necesidad de implementar las medidas de prevención secundaria con eficacia para conseguir el impacto deseado.

Por último, en la versión digital de este número se incluye la traducción al castellano de la Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Como es habitual, va acompañada, de un comentario estructurado del Comité de Guías de la SEC y del Grupo de Trabajo y revisores expertos de la SEC para esta guía sobre sus aspectos novedosos o relevantes, que creemos que será de gran utilidad para que el lector pueda ponderar adecuadamente el contenido de la misma.

Esperamos que el contenido sea del agrado de nuestros lectores, a los que animamos a seguir potenciando y participando en la investigación clínica de calidad, como la que se presenta en este número. Por último, no olviden consultar las excelentes imágenes y leer las cartas científicas y cartas al Editor, que generan un debate sin duda estimulante y enriquecedor.

Ignacio Ferreira-González
Editor Jefe