

Cardiología Nuclear: debemos aunar esfuerzos

En lo que llevamos de año, y creo que ha sido más que casualidad, han sucedido dos acontecimientos importantes para la Cardiología Nuclear en nuestro país.

En primer lugar, se ha publicado un suplemento monográfico en la Revista Española de Cardiología (Rev Esp Cardiol Supl. 2008;8:1B-64B) donde se revisan los últimos conocimientos sobre las evidencias clínicas y recomendaciones de la gated-SPECT de perfusión miocárdica, promovido conjuntamente por los Grupos de Trabajo de Cardiología Nuclear de las sociedades españolas de Cardiología y Medicina Nuclear. En segundo lugar, en el tiempo y no en importancia, se ha celebrado la XIII Reunión de Cardiología Nuclear en Salamanca, los días 3 y 4 de abril de 2008, con especial énfasis en la actualización en imagen cardiaca.

El monográfico se ha planteado como una puesta al día de la perfusión miocárdica y se ha organizado como una revisión de las recomendaciones sobre las maniobras de provocación de isquemia, protocolos de adquisición, interpretación de las imágenes y elaboración de los informes en el diagnóstico, pronóstico de la enfermedad coronaria, y en la valoración de la viabilidad miocárdica. Todo ello mediante la gated-SPECT de perfusión miocárdica, de forma predominante, y realizando su comparación con otras técnicas de imagen cardiaca que pueden ser usadas en nuestro medio. Todos estos capítulos los han redactado un cardiólogo y un médico nuclear mano a mano, consensuando los contenidos. El último capítulo, sólo realizado por cardiólogos, recoge las guías renovadas de actuación clínica de la SEC sobre las indicaciones de la gated-SPECT de perfusión miocárdica. Todo ello, tal como menciona el Dr. Jaume Candell en la introducción, es importante de cara a mantener actualizados nuestros conocimientos e indicaciones, sobre todo con la avalancha de otras metodologías de imagen cardiaca.

Por otra parte, la XIII Reunión de Cardiología Nuclear de Salamanca, ha contado con una muy buena acogida, con 180 asistentes de 48 hospitales, incluido alguno de Portugal, siendo 84 médicos nucleares, 52 cardiólogos, 11 radiólogos y también técnicos/enfermería. Se presentaron 20 ponencias, 26 comunicaciones al congreso (12 orales y 14 carteles) y una sesión con 6 casos clínicos, que tuve el placer de moderar conjuntamente con el Dr. Marcelo F. Di Carli. Aprovecho para felicitar a todos los organizadores por su dedicación y esfuerzo para conseguir tan buenos resultados.

En el ámbito científico, cabe destacar las aportaciones realizadas por el Profesor Ernesto V. García en los temas de fusión de imágenes cardíacas y en la evaluación de la asincronía ventricular con gated-SPECT. El Dr. Marcelo F. Di Carli nos mostró su novedoso punto de vista sobre el uso de la angio-TAC coronaria y de la PET-TAC. También debo reseñar el excelente trabajo realizado por los demás ponentes, que han participado en las diferentes sesiones de la Reunión y cuyos moderadores fueron:

1) Uso y limitaciones de las técnicas de imagen cardiaca. Indicaciones. Coste-efectividad. Criterios de selección. Moderaron: Dra. Isabel Coma Canella y Dra. María África Muxí Pradas.

2) Criterios de selección de pruebas de imagen en cardiopatía isquémica. Árbol de decisiones. Moderaron: Dra. Irene Casás Tormo y Dr. Ignacio Santos Rodríguez.

3) Comunicaciones Orales. Moderaron: Dr. Jaume Candell Riera y Dra. Mercedes Mitjavila Casanovas.

4) La problemática de la viabilidad miocárdica en la cardiopatía isquémica. Moderaron: Dr. Maximiliano Diego Domínguez y Dr. José M^a Latre Romero.

5) Casos clínicos seleccionados. Moderaron: Dr. Santiago Aguadé Bruix y Dr. Marcelo F. Di Carli.

6) Técnicas de imagen en la valoración de: la asincronía. La inervación miocárdica. La resincronización. La terapia celular. Moderaron: Dr. José Manuel Castro Beiras y Dr. Cándido Martín Luengo.

El reparto de moderadores también ha seguido el criterio de la dualidad médico nuclear/cardiólogo, para que los puntos de vista fueran lo más amplios posible.

En la Reunión han confluído los puntos de vista de cardiólogos, médicos nucleares, pero también radiólogos, siendo cada uno de ellos críticos con sus técnicas de imagen cardiaca. También se ha documentado el muy diferente proceder del uso de las técnicas de imagen cardiaca a un lado y otro del Atlántico, siendo mucho más conservadores en la utilización de las mismas los europeos. Tanto es así, que la proporción de estudios de perfusión miocárdica realizados en Estados Unidos viene a ser unas 10 veces los realizados en Europa.

En esta línea, también a nivel español ha habido cambios en el uso de la perfusión miocárdica. La Dra. África Muxí, en la conclusión de la primera sesión, presentó los resultados de la actividad cardiológica y de las técnicas de imagen cardiaca de dos hospitales, comparando la actividad de los años 2005 y 2007 corregidas por población (fig. 1) donde, por ejemplo, en el hospital 2 disminuyen de forma importante las pruebas de valoración de isquemia, eco de estrés y gated-SPECT.

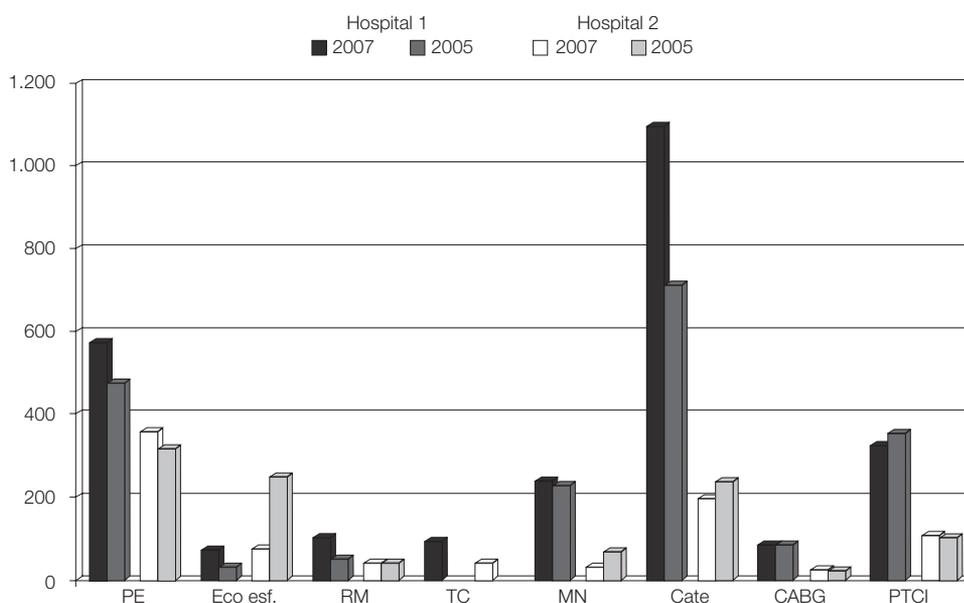


FIG. 1. Actividad comparativa de dos hospitales (igualando población). CABG: revascularización quirúrgica; Cate: cateterismo cardiaco; Eco esf.: eco de estrés; MN: Medicina Nuclear; PE: prueba de esfuerzo; PTCI: revascularización percutánea; RM: resonancia magnética; TC: angio-TAC.

No me voy a referir a los motivos de la reducción de estas pruebas, unos serán debidos a la diferente disponibilidad y criterios de los médicos nucleares, o de los cardiólogos, pero también, y cada vez más, aparecen los gestores, que con su “empeño” en controlar el gasto sanitario están llevando al límite la ética en el uso de las técnicas de imagen cardiaca. También he de comentar, tal como se planteó en una discusión, que en pacientes sanos la única técnica de imagen cardiaca que hay que usar es “no usar ninguna”. El uso indiscriminado de la angio-TAC coronaria como *screening* no está en modo alguno recomendado, y menos en población asintomática, sobre todo teniendo en cuenta el nivel de irradiación de los actuales equipos de TAC.

Así pues, creo que debemos aunar fuerzas, recursos e intenciones para poder conseguir un correcto uso de las técnicas de imagen cardiacas, que no queden marginadas exploraciones excelentes por problemas “administrativos” o personales. Aunar quiere decir reunir, juntar, unir, sumar, congregar, combinar, armonizar, integrar, concertar, coordinar, compaginar, asociar y algunas acepciones más. Todas ellas evocan el concepto de cooperación interespecialidad, necesario e imprescindible, para poder extraer el mayor provecho de nuestras técnicas y con ello un mejor diagnóstico para nuestros pacientes, que, en definitiva, es nuestra razón de ser.

S. Aguadé Bruix

*Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Presidente del Grupo de Trabajo de Cardiología Nuclear de la SEMN.*