

Experiencia ampliada de un grupo de trabajo multidisciplinar de amiloidosis cardíaca: impacto tras cinco años de funcionamiento

Juan Lorenzo Fraile(1), María García de Pedro(1), Teresa González Sánchez(1), Inés Toranzo Nieto(1), Mónica García Monsalvo(1), Jara Gayán Ordás(2), Eduardo Villacorta Argüelles(3), Verónica González de la Calle(4), María Luisa Pérez García(5), Ana María López González(6), Gloria María Alonso Claudio(5), José Cañadas Salazar(7), Pedro Ignacio Dorado Díaz(1), Pedro Luis Sánchez Fernández(1) y Rocío Eiros Bachiller(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (3)Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León - España, (4)Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (5)Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (6)Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España y (7)Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España

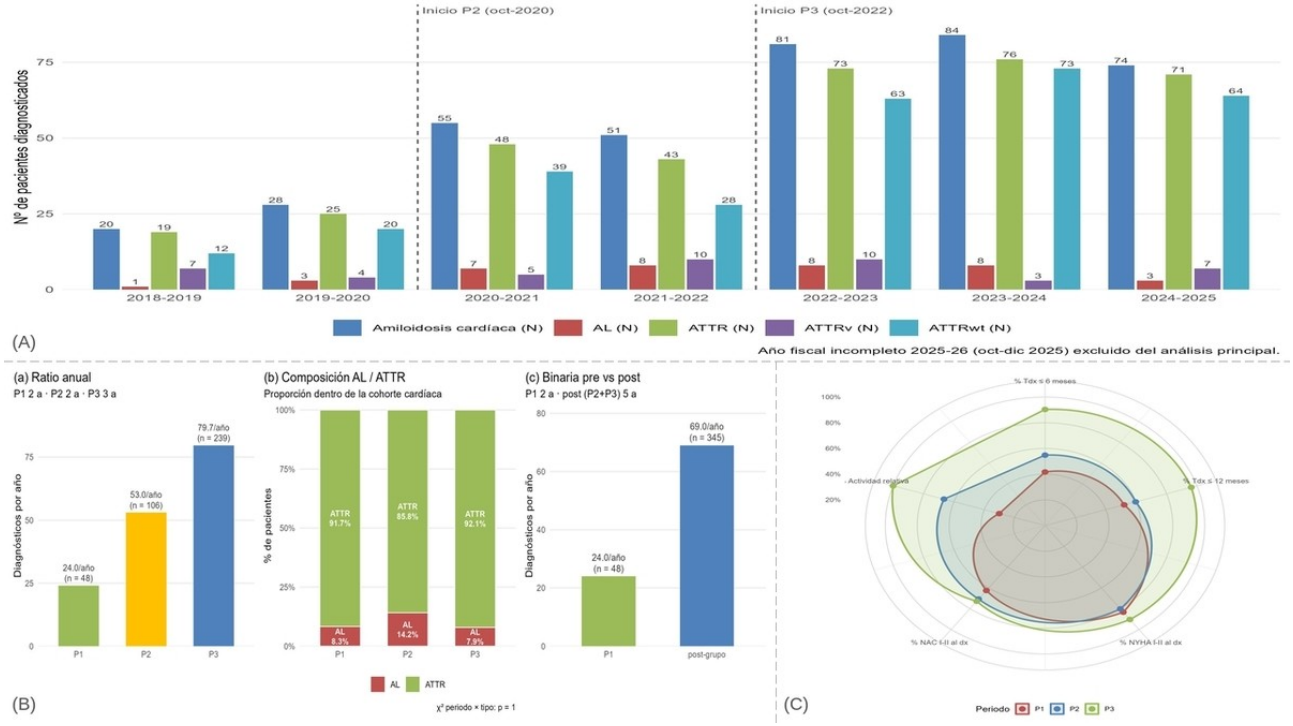
Introducción: Los continuos avances en el diagnóstico y tratamiento de la amiloidosis hacen necesario establecer relaciones estructuradas entre especialidades. El objetivo del estudio es describir el impacto de un grupo de trabajo multidisciplinar de amiloidosis (GMA) en los resultados asistenciales tras 5 años completos desde su implantación en un hospital universitario de cuarto nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en tres periodos: P1 pre-GMA (oct-2018/sep-2020), P2 post-GMA inicial (oct-2020/sep-2022, parcialmente en pandemia) y P3 consolidación (oct-2022/sep-2025). Se incluyeron 393 pacientes con amiloidosis cardíaca (AC) confirmada (subtipos AL, transtirretina wild-type (ATTRwt) y hereditaria (ATTRv)). Variables principales: datos demográficos, marcadores analíticos, ratio anual de diagnósticos, tiempo hasta diagnóstico definitivo, motivo de derivación, hospitalizaciones, clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) y estadio del National Amyloidosis Center (NAC) al diagnóstico.

Resultados: Se diagnosticaron 48 pacientes en P1, 106 en P2 y 239 en P3. La ratio diagnóstica aumentó de 24,0 casos/año en P1 a 53,0 en P2 (×2,21) y 79,7 en P3 (×3,32). El tiempo desde la primera consulta de cardiología hasta el diagnóstico definitivo se redujo de mediana 11,8 meses en P1 a 6,8 en P2 y 0,6 en P3 ($p<0,001$); el porcentaje diagnosticado en menos de 12 meses pasó del 52,1% al 96,2%. El motivo de derivación "Otros" (hematología, neurología, medicina interna) aumentó del 16,7% al 56,1% ($p<0,001$). La proporción en NYHA I-II aumentó del 83,3% al 90,4% ($p=0,018$). La mediana de edad se elevó de 81,5 a 84,5 años ($p=0,008$) y el estadio NAC no varió ($p=0,649$). La proporción con al menos una hospitalización fue del 81,2% en P1 frente al 26,8% en P3 ($p<0,001$).

Conclusiones: La creación de un GMA se asocia, en cinco años completos, a un incremento sostenido del volumen

diagnóstico, una reducción muy marcada del tiempo al diagnóstico y una diversificación de los canales de derivación. El efecto se intensifica en la fase de consolidación. Los resultados de P2 deben interpretarse con cautela dado el contexto de pandemia COVID-19. La mejora de la NYHA y el aumento de la edad mediana sugieren que el programa alcanza a pacientes previamente infradiagnosticados. Este trabajo demuestra que el GMA es una herramienta eficaz, eficiente y sólida para la asistencia de pacientes con AC basada en datos de vida real.



Características demográficas y clínicas por periodo (cohorte cardíaca, n=393).

Variable	P1 (N=48)	P2 (N=106)	P3 (N=239)	Global (N=393)	p-valor
Edad (años), mediana [IQR]	81,5 [74,1; 87,2]	81,6 [75,1; 86,3]	84,5 [78,7; 88,3]	83,4 [76,9; 87,9]	0,0078
Sexo masculino / femenino, n (%)	37 (77,1%) / 11 (22,9%)	76 (72,4%) / 29 (27,6%)	164 (68,6%) / 75 (31,4%)	277 (70,7%) / 115 (29,3%)	0,47
HTA, n (%) Sí	30 (62,5%)	61 (57,5%)	158 (66,4%)	249 (63,5%)	0,31
Dislipemia, n (%) Sí	23 (47,9%)	44 (41,5%)	128 (53,6%)	195 (49,6%)	0,12
Diabetes, n (%) Sí	7 (14,6%)	19 (17,9%)	59 (24,7%)	85 (21,6%)	0,17
Obesidad, n (%) Sí	9 (18,8%)	11 (10,4%)	45 (18,9%)	65 (16,6%)	0,14
Tabaquismo, n (%) Sí	5 (10,4%)	14 (13,2%)	43 (18,1%)	62 (15,8%)	0,28
Cáncer, n (%) Sí	7 (14,6%)	15 (14,3%)	43 (18,0%)	65 (16,6%)	0,64
Motivo de derivación, n (%)					**<0,001**
ECG patológico	6 (12,5%)	6 (5,7%)	9 (3,8%)	21 (5,3%)	
Insuficiencia cardíaca	14 (29,2%)	38 (35,8%)	65 (27,2%)	117 (29,8%)	
Dolor torácico	11 (22,9%)	12 (11,3%)	2 (0,8%)	25 (6,4%)	
Presíncope/Síncope	0 (0,0%)	1 (0,9%)	2 (0,8%)	3 (0,8%)	
Estudio familiar	5 (10,4%)	7 (6,6%)	12 (5,0%)	24 (6,1%)	
Arritmias supraventriculares	4 (8,3%)	13 (12,3%)	15 (6,3%)	32 (8,1%)	
Otros	8 (16,7%)	29 (27,4%)	134 (56,1%)	171 (43,5%)	
NYHA al diagnóstico, n (%)					**0,027**
I-II	40 (83,3%)	85 (80,2%)	216 (90,4%)	341 (86,8%)	
III-IV	8 (16,7%)	21 (19,8%)	23 (9,6%)	52 (13,2%)	

Variables continuas: mediana [Q1, Q3]. Variables categóricas: n (%). Test de Kruskal-Wallis para variables continuas y χ^2 Monte Carlo para categóricas. HTA: hipertensión arterial. IQR: intervalo intercuartílico. NYHA: New York Heart Association (clases funcionales). P1: periodo 1 pre-grupo (oct-2018/sep-2020). P2: periodo 2 post-grupo inicial (oct-2020/sep-2022). P3: periodo 3 consolidación (oct-2022/sep-2025).