

## El riesgo del bajo riesgo

Desde siempre en la práctica médica, una vez establecido el diagnóstico clínico, el próximo paso ha sido determinar la probabilidad de padecer consecuencias no deseadas.

Pese a la infinidad de cortes de estratificación aplicables a una variable continua, en general, la prioridad consiste en establecer si nuestro paciente pertenece a un grupo de bajo riesgo (BR) o alto riesgo (AR) y ello es así porque esta simple aproximación contribuye con peso propio evidente, tanto en el pronóstico como en el tratamiento ulterior.

Desde hace años tenemos la impresión subjetiva de que en nuestro medio el paciente de AR merece toda la atención y esmero y es tratado en consecuencia con un resultado general que llamaríamos aceptable pese al "tributo" de fracasos que debemos afrontar por la gravedad natural del cuadro.

Pensamos que no ocurre lo mismo con el BR, pero jamás pudimos cuantificar esa impresión por falta de datos estadísticos confiables.

Afortunadamente, se han producido progresos en la investigación clínica que como "subproducto" pueden brindar valiosa información que no debemos desaprovechar.

Hace algunos años y gracias a la iniciativa pionera en nuestro medio de los Dres. E. Paolasso, R. Díaz, E. San Martín y C. Covelli, la Cardiología argentina comenzó a colaborar en estudios multicéntricos internacionales que, además de la contribución científica importante, permiten comparar nuestra experiencia con la internacional.

Por otra parte, el Consejo Nacional de Residencias en Cardiología (CONAREC), con el apoyo de distinguidos investigadores locales inicia una recolección de datos que por lo sería, ajustada, independiente y bien analizada no registra antecedentes entre nosotros.

Mucho me temo que algunas cifras derivadas de estos estudios confirman las presunciones sobre el BR.

No es nuestro propósito y escapa al sentido de estas líneas el análisis exhaustivo de cada estudio. Antes que ello, se trata solamente de compartir una inquietud con nuestros colegas amigos y observar si este fenómeno se repite en próximos resultados, lo que obligaría a un serio replanteo de nuestra conducta frente a pacientes con estas características.

Someramente repasaremos algún dato difícil de aceptar derivado del Estudio Internacional de SK vs

TPA en que nuestra experiencia multicéntrica fue sumada a la de otros doce países.

El estudio tiene todas las características para ser considerado serio, multicéntrico, controlado, al azar, con un estricto criterio de selección y más de 20.000 casos (de paso, deseo recordar que puede ser igualmente serio un estudio de sólo 10 o 20 casos).

La mortalidad hospitalaria en la Argentina fue récord mundial (13,8%) y muy por encima del promedio de todo el estudio (8,6%).

Dos argumentos aparecen como fácilmente rebatibles. El primero sería que en nuestro país se internan casos más graves. Ello no es así ya que ajustándose las cifras con las variables correspondientes, en el grupo total la mortalidad esperada fue del 8,9% y la hallada lógicamente del 8,9%. En nuestro caso la esperada fue del 9% (igual a la media) y la hallada ¡15%! Si a esta información le agregamos que el nuestro fue el país que más angioplastia y cirugía de revascularización en agudo empleó, tendremos un cuadro de situación bastante definido.

Como la mortalidad en los casos con mayor riesgo (edad, infarto previo, insuficiencia cardíaca, etc.) no fue mucho mayor ni pudo haber incidido significativamente por su baja prevalencia, la conclusión obvia es que el resultado en el BR resulta inaceptable.

Similar comentario merece el estudio de la CONAREC publicado recientemente por M. Ciruzzi y colaboradores en nuestra revista.

La mortalidad hospitalaria del relevamiento multicéntrico de 1.293 casos sometidos a cirugía de revascularización en nuestro medio fue del 11,76%. Debemos consignar que sólo participaron centros con residencias médicas reconocidas, lo que presupone un nivel medio por sobre el estándar.

Sin entrar a analizar los datos en particular (no es el objetivo) digamos que en 308 casos con lesión de tres vasos, la mortalidad fue del 9,5 y en 263 con un vaso del ¡16,3%! Igualmente puede parecer elevada la cifra en casos con deterioro ventricular severo (28%) pero más exagerada resulta la del 6% con músculo normal. La mortalidad en casos sin insuficiencia cardíaca fue del 10,7%, sin necrosis previa 10,8% y con menos de 70 años, del 8,8%.

Comparemos esta última cifra con algún dato de la bibliografía. Hace más de un lustro, la Emory University (obviamente un grupo de excelencia) publicaba la mortalidad por grupo etéreo en

13.500 casos; fue de alrededor del 1,5% en menores de 70 años.

En fin, estos y otros datos de nuestra observación cotidiana nos inducen a reiterar una opinión de años. Cuando el medio no facilita un estricto control de calidad resulta trascendente nuestra conducta en la masa mayoritaria de **pacientes que** se presentan con índices pronósticos favorables.

A menudo se sostiene que nuestros resultados terapéuticos no pueden ser idénticos a los de los

países más desarrollados por razones de infraestructura, control de calidad, etc. ¿Cómo justificar entonces la prédica de copiar paso a paso las indicaciones?

¿Debemos en el futuro considerar al riesgo de nuestra conducta médica como un factor de riesgo en el bajo riesgo de manera tal que haga variar el riesgo? Meditemos este trabalenguas.

Dr. Carlos A. Bertolasi