

# Estudio ESMUCICA. La visión de un cirujano cardiovascular

JORGE C. TRAININI

El estudio multicéntrico ESMUCICA (1996-1997) representa un esfuerzo excelente para compilar datos y obtener información confiable en la cirugía de revascularización miocárdica en nuestro país. Tal como lo expresan los propios autores, de su análisis surge inmediatamente la necesidad de comparar sus resultados con los obtenidos con el muestreo entre 1992 y 1993, también multicéntrico, denominado CONAREC III. (1, 2) Se debe partir de la base de que ambos estudios muestran realidades parciales de nuestro medio, sobre todo si tenemos en cuenta que la geografía territorial, económica y política de nuestro país establece improntas muy diferentes en el ámbito médico, mucho más acentuadas en técnicas de alta complejidad.

El ESMUCICA toma un ámbito restringido (4 centros privados de Capital Federal) en relación con los 41 centros que incluyen nueve provincias con centros privados y públicos con que se constituyó el CONAREC III.

Entre los datos del muestreo aportados por ambos estudios no se revelan diferencias amplias. Si bien *a priori* son poblaciones similares, comparando los dos materiales surgen prevalencias distintas en la cirugía electiva (88% CONAREC III *versus* 72% ESMUCICA) *y* en EPOC (8,8% CONAREC III *versus* 4,2% ESMUCICA). Más allá de estas diferencias significativas, se evidencian otras variables al análisis. El CONAREC III muestra un 21,5% de los pacientes con una edad superior a los 70 años, mientras se menciona en el ESMUCICA un 8,4% de los pacientes con edad superior a los 75 años. Si consideramos que los límites de edad comentados son predictores de mortalidad en ambos estudios, hubiese sido importante contar con este dato uniformado, ya que las cifras en porcentaje son muy discordantes para el corto lapso diferencial de cinco años, con una edad promedio similar. Por otra parte, el CONAREC III relata una frecuencia del 23,8% con lesión de tres vasos, *versus* el 50,8% del ESMUCICA. Con respecto a la angina inestable, el porcentaje fue del 65,9% para el CONAREC III y del 59% para el ESMUCICA, pero de esta cifra sólo un 9,2% refirió angor 72 horas previas a la cirugía, a pesar de que un 27% se halla cata-

logado como urgencia-emergencia. En el CONAREC III esta última indicación quirúrgica es francamente menor, tan sólo en el 12% de los casos.

Una profundización de estos datos nos muestra que, a pesar de ser estudios con poblaciones similares, algunos de sus ítems establecen diferencias en el análisis: ámbito geoeconómico, inestabilidad anginosa, edad crítica de riesgo, número de vasos enfermos. Todos ellos justifican las realidades parciales a las que aludíamos.

Un dato de interés no consignado en los estudios es el referido a la influencia del conducto utilizado para revascularizar a la arteria descendente anterior. La ausencia de arteria mamaria interna aplicada a la descendente anterior fue documentada como un factor de riesgo independiente en relación con la mortalidad hospitalaria. (3)

No hay estudios perfectos que puedan excluir al paciente de un análisis clínico individual y juicioso. Esto implica la necesidad de definir poblaciones en términos también económico-sociales de riesgo y posibilidades médico-estructurales. La diferencia en el momento en el que fue levantado cada registro, más allá del continuo mejoramiento en anestesia, protección miocárdica, técnicas quirúrgicas y control posoperatorio, no explica por sí sola una brecha fundamental en la mortalidad operatoria entre ambos estudios. Esta diferencia del 129% (5,1% ESMUCICA *versus* 11,7% CONAREC III) hace aflorar otros ingredientes además de las discordancias comentadas, las cuales llegan a explicar las realidades de ambos estudios. Poblaciones heterogéneas con gran número de centros, en un ámbito geográfico extenso, avizoran una toma de muestra aleatoria en concordancia con una realidad más generalizada del tema. Esta situación arrastra distintas posibilidades ante los pacientes complicados. Así, en el CONAREC III, ante un 17% de pacientes con bajo gasto cardíaco en el posoperatorio, la mortalidad fue del 44,6%. (4) Esto se contrapone con una cifra similar de pacientes con bajo gasto cardíaco en el ESMUCICA (18%), pero con una mortalidad del 12,4%.

El CONAREC III ostenta una mayor diversidad "oculta" que la muestra analizada por el ESMUCICA.

También se debe sugerir la posibilidad de que en este último estudio, a favor de una mayor homogeneidad, los centros involucrados puedan trabajar con una coordinación mejor, hecho que no deja de ser favorable para la evolución del paciente. En este aspecto, estos estudios pueden llegar a contribuir a un consenso en el tratamiento de los enfermos con coronariopatía, como asimismo lograr mejorar las políticas de salud. (5)

En esta época de avances científicos caudalosos y rápidos, una buena base de datos resulta fundamental para definir conductas en tecnologías complejas. El riesgo de estas estrategias ocurre cuando el criterio de selección suplanta al análisis clínico individual y cuando, además, los financiamiento son los determinantes de las posibilidades médicas.

Estos párrafos persiguen el tratamiento instituido en un marco de conocimiento pleno de la biografía del enfermo. Tal vez éste sea el instante de la reflexión, del uso de la técnica y de la estadística para

mejorar al hombre y no entender al paciente como medio para justificar procedimientos a través de promedios matemáticos.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Investigadores CONAREC III. Evolución de los pacientes sometidos a cirugía coronaria. Estudio multicéntrico. *Rev Argent Cardiol* 1996; 64: 91-100.
2. Investigadores CONAREC III. Predicción del riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes sometidos a cirugía coronaria. Estudio multicéntrico. *Rev Argent Cardiol* 1996; 64: 79-90.
3. Edwards FH, Clark RE, Schwartz M. Coronary artery bypass grafting: The Society of Thoracic Surgeons National Data-base experience. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 12-19.
4. Investigadores CONAREC III. Predictores independientes de bajo gasto cardíaco en el preoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica. Estudio multicéntrico. *Rev Argent Cardiol* 1996; 64: 179-186.
5. Consenso de Cardiopatía Isquémica. *Rev Argent Cardiol* 1997; 65: 7-8.