

Estudios ESMUCICA I y II

El comentario del doctor Rail A. Borracci sobre el estudio ESMUCICA I resulta particularmente oportuno por venir de una persona con reconocido interés en temas de factores de riesgo preoperatorios en cirugía cardíaca (ver su artículo reciente en la Revista Argentina de Cardiología) y además porque permite hacer comentarios sobre la comparación de estudios multicéntricos entre sí.

En el estudio ESMUCICA I, el mencionar trabajos previos y aun comparar parcialmente cuadros clínicos fue hecho más bien como manifestación de reconocimiento de los esfuerzos locales previos más que como contraposición de resultados.

ESMUCICA I fue un trabajo con fuerte énfasis en auditorías y metodología de obtención de datos seguros. (1, 2)

El estudio ESMUCICA I representa los resultados auditados y corroborados externamente de la experiencia quirúrgica de cuatro instituciones con alto volumen y con alta capacidad tecnológica. Nada más y nada menos. Por lo tanto cualquier comparación poblacional, institucional y metodológica no resultará útil.

Las estadígrafas intervinientes, de las más versadas localmente en factores de riesgo preoperatorios en cirugía cardíaca, analizaron extensamente la literatura en busca de un puntaje de riesgo que se adaptara a este estudio. Por razones estrictamente poblacionales, seleccionaron el de Parsonnet por tener mejor ajuste con los pacientes estudiados en ESMUCICA I. (3)

No se consideró correcto, a pesar del deseo de varios autores (entre los que me incluía), generar un puntaje de ESMUCICA por carecer de un grupo de "referencia" (derivación) y un grupo de "aplicación" (validación). Esto se dejó para un futuro estudio como el de ESMUCICA II. (2-8)

Otro aspecto que deseamos destacar es que los estudios multicéntricos tanto locales como internacionales, cuyo ingreso de datos es "voluntario", si bien son útiles no son totalmente fidedignos, como lo sostienen los autores tanto de ESMUCICA como de varias publicaciones extranjeras. (1-3, 8, 9)

Consideramos que para que los datos sean corroborables y repetibles, se debe contar con

auditoría interna y auditoría externa cruzada con no menos del 10% de los datos. (1, 2, 6)

Una motivación importante de estos estudios resulta "el conocer" los datos de una experiencia dada. El solo hecho de conocer los datos ha demostrado que produce el efecto "Hawthorne". El hecho de conocer induce a una mejora de los resultados en poco tiempo. Así se ha demostrado en estudios recientes en el Estado de Nueva York. (2, 7, 8)

En el futuro estudio ESMUCICA II, en el cual participaran 20 centros de todo el país, se recogerán datos en forma continua (registro). Este estudio contará con coordinadores e investigadores institucionales, auditoría interna y auditoría externa cruzada del 10%. Compilará información relacionada con 4.000 pacientes de cirugía cardíaca por año. Se preparará un análisis estadístico cuatrimestral que oportunamente será publicado. Todos estos parámetros permitirán contestando interrogantes con el pasar del tiempo.

Dr. Jorge Albertal

PO BOX DIRECTORIOS ESMUCICA I Y II

PD: La información de ESMUCICA I y II actualizada se puede ver on line en: www.esmucica.intramed.net.ar.

BIBLIOGRAFIA

1. Volk T. Reliability audit of a regional cardiac surgery registry. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 114: 903-910.
2. Jollis JG. Quality of coronary disease scorecards. En: Topol EJ. *Acute coronary syndromes*. Cleveland, Ohio, The Cleveland Clinic Foundation. Marcel Dekker Inc, New York-Basel-Hong Kong 1998; pp 580-588.
3. Bridgewater B. Predicting operative risk for coronary artery surgery in the United Kingdom: A comparison of various risk prediction algorithms. *Heart* 1998; 79: 350-355.
4. Anderson RP. Are STS database principles valid? Database Liaison Committee. <http://www.ctshet.org/doc>. 1999/9.
5. Jack V. Multicenter validation of a risk index for mortality, intensive care unit stay and overall hospital length of stay after cardiac surgery. *Circulation* 1995; 91: 677-684.
6. Higgins TL. Stratification of morbidity and mortality outcome by preoperative risk factors in coronary artery bypass patients. *JAMA* 1992; 267: 2344-2348.
7. Parsonnet V. Clinical usefulness of risk-stratified outcome analysis in cardiac surgery in New Jersey. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: S8-S11.
8. Parsonnet V. A method of uniform stratification of risk for evaluating the results of surgery in acquired adult heart disease. *Circulation* 1989; 79: i3-i12.
9. Lytle B. Current morbidity and mortality for CABG. AATS Adult Cardiac Surgery Symposium 1998; pp 42-44.