

Manos a la obra

CARLOS BERTOLASI

El estudio STRATEG-SIA sin duda resulta un nuevo producto de la sostenida y fructifera trayectoria de la SAC, en este caso a través de la visionaria creación de áreas de docencia y de investigación.

El objetivo es claro: si en el mundo científico aun se discute la conducta ante estos síndromes, ¿qué estrategia practicamos en la Argentina?

Estudian un número de pacientes nada desdenable (alrededor de 500) pero además representantes del "mundo real", como lo certifican 77 centros de buena distribución geográfica y diverso nivel de complejidad (si la evalúan por disponer de residencia médica y/o tecnología adecuada).

Las características de la población no difieren de lo esperado, lo que avala el criterio de inclusión.

En cambio, desde ya conviene alertar al lector prevenido que las características clínicas no son las habituales en la consulta por sospecha de SIA. Pareciera más bien un grupo ingresado luego de una selección cuidadosa para certificar enfermedad coronaria (UDI, unidad de dolor de pecho).

Como seguramente muchas instituciones aun carecen de esa organización, sería útil conocer qué porcentaje representa este grupo de la población de pacientes consecutivos que acuden a un centro asistencial por sospecha de SIA.

Ello no es un dato menor porque: 1) el otro grupo es de mucho menor riesgo, 2) a menudo se lo enfoca con un criterio similar, 3) carece de sentido utilizar la clasificación de Braunwald ya que más del 95% de los casos corresponden al grupo III B y 4) explica el elevado porcentaje de pacientes en el subgrupo de alto riesgo.

Resumiendo entonces, se evalúa la conducta frente a SIA confirmados y con algún agregado que involucra mayor riesgo: a) dolor reciente (< 24 horas), b) cambios electrocardiográficos, enzimáticos y/o antecedentes ciertos de enfermedad coronaria.

Entre los predictores del estudio coronariográfico podemos destacar la angina recurrente como un dato cierto y razonable.

La ausencia de cobertura médica como factor negativo también es lógica, si admitimos la falta de solidaridad de nuestro sistema de atención médica.

Más difícil resulta relacionar la disponibilidad de "facilidades invasivas" con la realización de estu-

dios. Antes de la apresurada conclusión de que el médico usa todo lo que dispone debieran considerarse: a) la internación dirigida de los pacientes más graves o de los médicos de cabecera más intervencionistas, b) la derivación desde otros centros.

Resulta interesante que se estudia menos al anciano (con mayor riesgo natural) y no se tienen en cuenta ni el nivel del riesgo clínico (¿se utilizará de rutina?) o el infradesnivel del segmento ST.

Otro aspecto que permite poner en duda la estratificación correcta del riesgo es el resultado del estudio angiográfico. En él se comprueba una incidencia de "coronarias normales" (lesiones no significativas) del 10%, casualmente similar a la cifra que se observa en cualquier estudio sistemático (no estratificado) de pacientes con angina inestable.

Los investigadores del STRATEG-SIA muy correctamente proceden a identificar grupos de diferente riesgo, con hallazgos que no por esperados dejan de impactarnos.

Son intervenidos o no sobre la base de un criterio errático, carente de ideología y con resultados variables según el riesgo de cada grupo. La angioplastia y la cirugía muestran una tasa pareja de complicaciones (el 10% de la ATC en el bajo riesgo impresionada como casual). Por lo tanto su efectividad depende de compararla con la "evolución natural" de los no intervenidos.

En toda unidad coronaria debiera adherirse una copia de la Figura 12 para el permanente recuerdo de los colegas que toman decisiones.

Hace años, en un breve escrito planteamos la hipótesis del "riesgo del bajo riesgo" que concluía con un trabalenguas. ¿Debemos en el futuro considerar el riesgo de nuestra conducta médica como un factor de riesgo en el bajo riesgo de manera que haga variar el riesgo? El mérito del STRATEG-SIA radica en haberlo corroborado.

No me parece pertinente comparar este estudio con otros ya comentados hasta el hartazgo y cuyo análisis no agregaría ni quitaría un ápice al mérito de esta investigación.

Estimo que sería acertado (al menos por un breve lapso) disminuir en nuestro medio la búsqueda de recursos que reduzcan en algún "puntito" la tasa de riesgo para discutir y aprender a quienes bene-

fician mas las nuevas herramientas; esto se llama estrategia.

Por ejemplo, existe preocupacion en el mundo cientifico por el mal use de la terapeutica antibiotica que acarrea consecuencias nefastas; ello no es responsabilidad de las drogas sino de quienes las indican o las consumen.

Recordemos que la herramienta tecnologica es un subproducto de la ciencia, que solo alcanza el nivel de progreso cuando se completa la informacion de cuando y como se emplea (y se cumple).

Casi al final, una pequena reflexion sobre la conveniencia de evitar una costumbre cada dfa mas evidente que se observa en publicaciones extranjeras muy "serias".

Ciertos estudios aparecen publicados en distintas ocasiones, con variaciones menores en su titulo o contenido, y un inusual ndmero de autores con

orden de aparicion y frecuencia variable que afectan la coherencia y oscurecen el objetivo de la publicacion.

Ello no ocurre con el estudio que hoy consideramos, pero asf como parece sensato y justo mencionar los 77 centros y quizas algun referente de cada uno de ellos, puede resultar exagerada la cita de 221 investigadores. Afortunadamente, en nuestro medio el curriculum no es un "bien transable", evitemos un contagio inconducente.

Quisiera rescatar una frase de los autores: "La eleccion de la estrategia de manejo en SIA sin TST no se realiza de acuerdo con el riesgo en la Argentina". A lo que me permito agregar: al igual que en otras numerosas circunstancias de la patologfa cardiovascular. Desde siempre sostuve que una comunidad esta mejor cuando identifica sus errores y a *posteriori* se empena en corregirlos. ;Mans a la obra!