

El criterio médico: un bien valioso depreciado

VÍCTOR MAURO^{MTSAC, 1}

La importancia que poseen los registros es la de permitirnos conocer en el "mundo real" las características propias de una población y, como es el caso con el Estudio CONAREC XIV, (1) el estado actual de la angioplastia coronaria (ATC), sus indicaciones y sus resultados en los diferentes síndromes coronarios. Como bien expresan los autores, este registro no refleja la realidad del país, sino la de centros de alta complejidad con residencia en cardiología vinculados a una sociedad científica. De esta manera, las conclusiones a las que se pueden arribar surgirán estrictamente del análisis de este universo. Es interesante observar no sólo los resultados de la ATC, sino lo que podemos inferir de su indicación y reflexionar acerca del criterio clínico de los médicos tratantes que determinaron la necesidad de efectuar un procedimiento en los mejores centros cardiológicos del país.

En primer lugar, llama la atención que una de cada tres ATC se haya realizado en pacientes estables. Es cierto que este registro no nos permite analizar variables de riesgo relacionadas con esta población (disfunción ventricular reversible, estudio preoperatorio de la anatomía coronaria previo a efectuar una cirugía de riesgo no cardiovascular, entre otros), pero obsérvese que en la población general hubo una prevalencia baja de historia de insuficiencia cardíaca (3%) y de enfermedad vascular periférica (5%). Asimismo, la indicación de una evaluación funcional para detección de isquemia previa al procedimiento en la población total de pacientes estables (que incluyó además aquellos con angina crónica estable) se realizó sólo en la mitad de los casos, sin diferencias entre ambos grupos. Intentando deducir la realidad, surge la siguiente reflexión: la mitad de los pacientes asintomáticos y la mitad de aquellos con angina crónica fueron sometidos a una angioplastia por pruebas funcionales positivas para isquemia, ¿y la otra mitad? Probable respuesta: en los anginosos crónicos, por el solo hecho de tener dolor y en los asintomáticos no lo sabemos.

En segundo lugar, 243 pacientes con angina crónica estable fueron sometidos a una angioplastia, de los cuales: 1) el 70% se hallaban en CF I-II y 2) sólo la mitad fueron evaluados funcionalmente (y de éstos 1 de 5 pacientes tuvo criterios de alto riesgo isquémico). Es bien conocida la buena evolución de los pacientes estables con el tratamiento médico. En series históricas (2) en las cuales el tratamiento antiagregante e hipolipemiante no estaba tan generalizado como en la

actualidad, la tasa de muerte fue del 1,6%/año y la de infarto del 2,2%/año, con la mayor mortalidad (3,3%/año) en pacientes con Fey baja (< 35%), con seguimiento extenso (5-10 años). Se observó asimismo un aumento lineal de la mortalidad de acuerdo con el número de vasos comprometidos, que osciló entre el 0,8% y el 3,3%/año. En el estudio COURAGE (3) no hubo diferencias evolutivas (IAM o muerte total) entre los pacientes sometidos a ATC o a tratamiento médico en una mediana de tiempo de seguimiento de 4,6 años. En el registro se observó una mortalidad hospitalaria del 0,4% sin datos sobre la incidencia de infarto o necesidad de revascularización (aunque parece no mayor del 0,3%). En el estudio COURAGE, si analizamos sólo el grupo de pacientes con angina CF I-II, observaremos que la incidencia anual de IAM no fatal/muerte total fue del 0,2%/año en el grupo con tratamiento médico, evento combinado que representa la mitad de la mortalidad ocurrida en la fase hospitalaria del registro con ATC. Por supuesto que analizar sólo a un subgrupo trae consigo el sesgo de selección basado sobre una única variable, sin considerar sus otras características clínicas asociadas. De todas maneras, la población incluida en el registro impresionó de bajo riesgo clínico, ya que surge de la selección del candidato adecuado para ATC (el 80% presentaba lesión de 1 o 2 vasos), así como una incidencia baja de infarto previo y diabetes (28% y 19% *versus* 40% y 35% en el COURAGE). Llama la atención el 25% de empleo de *stent* farmacológico (3% en el COURAGE), que puede estar relacionado con el tipo de lesión angiográfica (lesiones largas u oclusivas) frecuente en esta población. En el registro, la ATC se efectuó fundamentalmente sobre base del hallazgo angiográfico en al menos la mitad de los pacientes y en los restantes sólo 1 de cada 10 pacientes presentaban criterios funcionales de alto riesgo clínico. En conclusión, ¿no tendremos que ser más reflexivos y contemplativos de esta enfermedad?

En tercer lugar, en 665 pacientes con un síndrome coronario agudo sin elevación del ST se realizó una angioplastia, cuando se trataba de una población de bajo riesgo clínico (IAM no Q 3,3%, desnivel del ST 23% y 2/10 pacientes presentaron troponina positiva). La ATC se efectuó mayoritariamente en el primer día y apenas a 3 de cada 10 pacientes se les practicó una prueba funcional previa al procedimiento. Es cierto que no podemos hacer un análisis retros-

MTSAC Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Jefe de la Unidad Coronaria, Clínica Bazterrica. Buenos Aires, Argentina

Subjefe de la Unidad Coronaria, Clínica Santa Isabel. Buenos Aires, Argentina

e-mail: victormauro@sinectis.com.ar

pectivo de las variables de decisión que el médico de cabecera tomó en cuenta para la indicación de la ATC, pero considerando que el 23% de los pacientes tenían angina progresiva, el 28% infarto previo y el 16% una prueba ergométrica de alto riesgo, pareciera que aun sin superponerse estas variables de riesgo el 30% de la población no tenía una clara indicación del procedimiento. Es bien conocido el mayor riesgo inicial de muerte en pacientes sometidos a un procedimiento de revascularización frente al tratamiento conservador, (4, 5) por lo que debe efectuarse una selección adecuada. El registro CONAREC XIV permite inferir lo que otros registros han observado (6-8): que los pacientes de bajo riesgo clínico tienen una tasa elevada de intervención relacionada con la fácil accesibilidad al procedimiento (ATC o cirugía), incluso con una peor evolución clínica, al comparar los resultados de los centros sin disponibilidad donde se adoptó una conducta inicial conservadora. En conclusión, si en nuestro centro tenemos la posibilidad de efectuar una ATC, hagamos una utilización correcta de ella.

Finalmente, el uso adecuado de la ATC primaria ha demostrado que ésta es el procedimiento de elección en la reperfusión del IAM. (9) En el registro se observó un empleo apropiado de la ATC, ya que el tiempo (mediana) puerta-balón fue de 60 minutos, ventana de tiempo en que la ATC primaria es superior al tratamiento trombolítico, con una mortalidad baja aun en los subgrupos de alto riesgo (Killip y Kimball C y D). (10) La mortalidad de la ATC de rescate duplicó la de la ATC primaria, lo cual es esperable por tratarse de pacientes con características particulares determinantes de mayor tromborresistencia y de un procedimiento que se realiza más tardíamente. (11) La baja utilización de inhibidores glicoproteicos IIB-IIIa, y en este sentido el abxicimab es el que ha demostrado mayor evidencia en cuanto a reducción de la mortalidad en la ATC primaria (resultados que no pueden superponerse a los de otras drogas), está directamente relacionada con su elevado costo. (12) En definitiva, nuestros cardiólogos intervencionistas han logrado resultados comparables a los de los centros más avanzados del mundo. Los cardiólogos clínicos, en cambio, hemos sido intoxicados por el exitismo de sus resultados que ha determinado que nuestro accionar esté basado sobre la filosofía de una aparentemente "fácil" resolución del problema, sin reflexionar que en muchas ocasiones estamos reemplazando

una enfermedad por otra. El criterio clínico es un bien preciado y la realización y el análisis de estos registros seguramente nos ayudará a recuperarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Linetzky B, Sarmiento RA, Barceló J, Bayol P, Descalzo M, Rodríguez A y col. Angioplastia coronaria en centros con residencia de cardiología en la Argentina. Estudio CONAREC XIV - Área de Investigaciones de la SAC. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:249-56.
2. Turri D. Enfermedad coronaria crónica. En: Bertolasi C, editor. *Cardiología* 2000. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. p. 2042-47.
3. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al; COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356:1503-16.
4. Tajer C, Doval HC, Mauro V, Charask A, Hirschson Prado A, Gagliardi J y col. Estrategias invasivas comparadas con estrategias conservadoras en la angina inestable y el infarto sin elevación del ST al ingreso. Metaanálisis. *Rev Argent Cardiol* 2001;69:347-61.
5. Metha SR, Cannon CP, Fox KA, Wallentin L, Boden WE, Spacek R, et al. Routine vs selective invasive strategies in patients with acute coronary syndromes: a collaborative meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2005;293:2908-17.
6. Piegas LS, Flather M, Pogue J, Hunt D, Varigos J, Avezum A, et al. The Organization to Assess Strategies for Ischemic Syndromes (OASIS) registry in patients with unstable angina. *Am J Cardiol* 1999;84:7M-12M.
7. Ferreiros ER, Kevorkian R, Fuselli JJ, Guetta J, Boissonnet CP, di Toro D, et al. First national survey on management strategies in non ST-elevation acute ischaemic syndromes in Argentina. Results of the STRATEG-SIA study. *Eur Heart J* 2002;23:1021-9.
8. Van der Werf F, Gore JM, Avezum A, Gulba DC, Goodman SG, Budaj A, et al; GRACE Investigators. Access to catheterisation facilities in patients admitted with acute coronary syndrome: multinational registry study. *BMJ* 2005;330:441.
9. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003;361:13-20.
10. Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, Murphy SA, Cohen DJ, Laham RJ, et al. Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction. Implications when selecting a reperfusion strategy. *Circulation* 2006;114:2019-25.
11. Wijeyesundera HC, Vijayaraghavan R, Nallamothu BK, Foody JM, Krumholz HM, Phillips CO, et al. Rescue angioplasty or repeat fibrinolysis after failed fibrinolytic therapy for ST-segment myocardial infarction. A meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:422-30.
12. De Luca G, Suryapranata H, Stone GW, Antoniucci D, Tcheng JE, Neumann FJ, et al. Abxicimab as adjunctive therapy to reperfusion in acute ST-segment elevation myocardial infarction. A meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2005;293:1759-65.