

Tratamiento percutáneo de las bifurcaciones coronarias

Al Director

Hemos leído con gran interés el trabajo publicado por el Dr. Mariano Albertal y colaboradores “Resultado del tratamiento percutáneo de las bifurcaciones coronarias”, en el que se evalúan los resultados clínicos en pacientes con bifurcaciones tratados con *stents* convencionales o liberadores de drogas (SLD).

Se trata de lesiones complejas que requieren experiencia y técnica para lograr buenos resultados hospitalarios y alejados. Recientemente hemos presentado una serie de 86 pacientes tratados según el criterio del operador y observamos diferentes estrategias. Se trataron la rama principal y ramo en un 65% de los casos. Entre estos pacientes se utilizó atorcotomía rotacional en 14 pacientes y 19 pacientes recibieron un *stent* bifurcado “*Twin Rail*” (Invastent). El resto se trató con *stent* en ambas ramas o dilatación con balón y *stent* provisional. En el trabajo de Albertal y colaboradores se puede observar que cerca del 20% de los pacientes recibieron el implante de un *stent* en ambas ramas tratadas, mientras en nuestra serie esto fue en sólo el 8%. El uso de SLD disminuye significativamente la necesidad de nuevas reintervenciones, pero este beneficio podría verse comprometido en el tratamiento de lesiones bifurcadas, principalmente por su deformación cuando se trata de la rama lateral. Este fenómeno se ha observado en todo tipo de *stent* con mayor incidencia de reestenosis y aumento de trombosis aguda. Quizás por esta razón en nuestra serie el SLD se utilizó predominantemente en pacientes que recibieron sólo tratamiento de la rama principal.

Una modalidad de tratamiento diferente en nuestros centros fue el uso de un *stent* diseñado para tratar bifurcaciones. Este dispositivo permite realizar *kissing balloon* sin modificar la anatomía de la prótesis. En este subgrupo obtuvimos buenos resultados angiográficos y de evolución hospitalaria y seguimiento al año. Sin embargo, su implante requiere entrenamiento, ya que suele ser necesario recuzar las lesiones y en dos casos iniciales observamos la disección distal del vaso principal que requirió el implante de un segundo *stent*. Luego modificamos la estrategia con aplicación del sistema de 3,0 mm para lesiones de 3,5 mm, con lo que logramos evitar nuevos eventos. Coincidimos con las conclusiones del Dr. Albertal y colaboradores en que es posible que con una técnica simple se lograrían mejores resultados. La aplicación de un *stent* liberador de drogas diseñado para bifurcaciones podría resultar una estrategia correcta.

Dr. Rubén Kevorkian
Dra. Laura De Candido
Dr. Oscar Carlevaro

BIBLIOGRAFÍA

- Albertal M, Cura F, Padilla LT, Pérez Baliño P, Candiello A, Belardi J. Resultado del tratamiento percutáneo de las bifurcaciones coronarias. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:341-6.
- Carlevaro O, Centeno S, De Candido L, Maffeo H, Etcheverry M, Kevorkian R y col. Angioplastia en lesiones bifurcadas de arterias coronarias. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:40. Abstract N° 273.
- Centeno S, Carlevaro O, De Candido L, Brandeburgo S, Ruiz N, Kevorkian R y col. Tratamiento de lesiones coronarias complejas: *Stent* bifurcado *Twin Rail*. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:180. Abstract N° 61.
- Colombo A, Moses JW, Morice MC, Ludwig J, Holmes DR Jr, Spanos V, et al. Randomized study to evaluate sirolimus-eluting *stents* implanted at coronary bifurcation lesions. *Circulation* 2004;109:1244-9.
- Lefèvre T. Bifurcation lesions: the simpler, the better. *Rev Esp Cardiol* 2005;58:1261-5.
- Pan M, Suárez de Lezo J, Medina A, Romero M, Segura J, Ramírez A, et al. A stepwise strategy for the *stent* treatment of bifurcated coronary lesions. *Catheter Cardiovasc Interv* 2002;55:50-7.

Empatía basada en la evidencia

Al Director

Motivado por su carta “Más allá del sentimiento de empatía. La necesidad de una conducta profesional”, (1) con una vaga curiosidad abrí el Diccionario de Filosofía de J. Ferrater Mora (2) buscando el término “empatía”. Me encontré que remitía a dos términos: endopatía y simpatía. En relación con el primero de ellos, el autor lo describe como un término equivalente al que define como “participación afectiva y, por lo común, emotiva, de un sujeto humano en una realidad ajena al sujeto”. Me agradó el prefijo endo, que obviamente denota incorporación. Según Theodor Lipps (quien desarrollara el concepto endopático en el campo de la estética), la endopatía presenta dos componentes: la proyección (por la que el sujeto extiende su propio ser a su entorno) y la imitación (por la cual el sujeto se apropia de ciertos elementos de la realidad circundante). Esto tiene cierta vinculación con lo que expusiera Damasio y fuera citado en su carta: la emoción relacionada con la proyección y el sentimiento a la imitación. Ahora bien, la ejecución deliberada de sentimientos destinados a lograr acercamiento y satisfacción en los pacientes con quienes interactuamos (v. gr., conducta profesional) tiene una innegable raíz hipocrática. En uno de los escritos de Hipócrates titulado “Sobre el Médico” se brindan pautas sobre cómo dirigirse y comportarse, procurando mostrarse serio y afectuoso, preocupado pero sin amargura, evitando ser grosero y expresamente se recomienda al médico que “sea justo en cualquier trato, ya que la justicia le será de gran ayuda. Pues las relaciones entre el médico y sus pacientes no son de poca monta. Puesto que ellos (los pacientes) se ponen en manos de los médicos... han de conservar su control ante todo”. (3) A pesar de estos ilustres antecedentes,

muchos de nosotros tenemos la impresión de que la conducta profesional se está perdiendo. ¿Cómo trasladar estos conceptos a la formación de una conducta profesional adecuada? Si se busca evidencia en PubMed, puede verse que existen 10.396 citas para el término “empathy” y 2.973 para “empathy AND education”. Que casi un tercio de los artículos registrados se refieran a la educación ilustra la magnitud del problema. Un ejemplo interesante es una revisión sistemática de estudios cualitativos que evaluaron intervenciones educativas sobre empatía en estudiantes de medicina, que revela que es posible lograr mejoras en este campo. (4) Si bien es materia de debate cómo medir la empatía, el artículo sugiere que la educación puede ser eficaz. Cómo instrumentar esto en la currícula es otro tema conflictivo. Sabemos que estudiar Bioética y Deontología al estilo decimonónico

no ha logrado grandes resultados en las camadas actuales de estudiantes. Los docentes deberán recoger el guante y adaptar estos contenidos a los nuevos estilos de aprendizaje.

Dr. Mariano Giorgi

BIBLIOGRAFÍA

1. Doval HC. Más allá del sentimiento de empatía. La necesidad de una conducta profesional. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:330-4.
2. Ferrater Mora J. Endopatía. En: J. Ferrater Mora. *Diccionario de Filosofía*. 1ª ed. Barcelona: Ed Ariel Filosofía; 2004. Tomo II, p. 1008-12.
3. Hipócrates. Sobre el Médico. En: *Juramento Hipocrático. Tratados Médicos*. Buenos Aires: Ed Planeta-DeAgostini; 1995. p. 73-80.
4. Stepien KA, Baerstein A. Educating for empathy. *J Gen Intern Med* 2006;21:524-30.