

Importancia del *cardiólogo clínico* en la toma de decisiones en cirugía coronaria

Al Director

La cirugía coronaria se incorporó a la práctica clínica hace más de 50 años y todavía sigue cuestionada frente al intervencionismo coronario en pacientes de triple vaso y enfermedad del tronco, en especial en el enfermo diabético. (1) Llegó el momento de dar un golpe de autoridad. La revascularización coronaria arterial completa es una práctica extendida desde hace décadas en la mayoría de los servicios de cirugía cardíaca del mundo. (2)

Las nuevas guías de práctica clínica de revascularización miocárdica recomiendan el tratamiento quirúrgico como de elección en la enfermedad del tronco coronario izquierdo y la afectación de tres vasos coronarios con obstrucción de la descendente anterior proximal. Esto muestra un cambio filosófico y ético en el tratamiento de la enfermedad coronaria.

En la era del crecimiento exponencial e imparable del intervencionismo coronario, el papel del *cardiólogo clínico* es indiscutible. En febrero de 2013 se publican en *Lancet* (3) los resultados a 5 años del SYNTAX, que demuestran diferencias significativas a favor de la cirugía coronaria cuando se trata de enfermos con puntaje SYNTAX intermedio a alto (Tablas 1 y 2). De todos los estudios ya publicados del SYNTAX, comparando la revascularización percutánea con la cirugía, hemos extraído algunas reflexiones:

1. La necesidad de clasificar a cada paciente con el puntaje SYNTAX, previo a tomar la decisión de qué terapéutica es la más aconsejada para dicho paciente.
2. El tratamiento de elección para los pacientes con puntaje SYNTAX medio y alto debe ser quirúrgico,

Tabla 1. Resultados del SYNTAX a los 5 años en la enfermedad de tres vasos coronarios

	Cirugía	Stent	p
Nº de pacientes	549	546	
Muerte	9,2 (-5,4%)	14,6	0,006
Muerte cardíaca	4 (-5,2%)	9,2	0,001
IAM	3,4 (-7,3%)	10,6	0,001
ACVA	3,4	3	0,66
Muerte + muerte cardíaca + IAM	14	22	0,001
Nueva revascularización coronaria	12,6 (-12,6)	25,4	0,001

ACVA: Accidente cerebrovascular agudo. IAM: Infarto agudo de miocardio. Si analizamos el puntaje SYNTAX, no hay diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en el puntaje de riesgo bajo (< 23), pero sí en el riesgo intermedio (23-32) y alto (> 32).

Tabla 2. Resultados del SYNTAX a los 5 años en la enfermedad del tronco izquierdo

	Cirugía	Stent	p
Nº de enfermos	348	357	
Muerte	14,6	12,8	0,53
Muerte cardíaca	7,3	8,6	0,46
IAM	4,8	8,2	0,1
ACVA	4,3	1,5	0,03
Muerte + muerte cardíaca + IAM	20,8	19	0,57
Nueva revascularización coronaria	15,5	26,7	0,001

ACVA: Accidente cerebrovascular agudo. IAM: Infarto agudo de miocardio. Si analizamos el puntaje SYNTAX, no hay diferencias significativas entre ambos grupos en puntaje bajo y medio, pero sí en puntaje alto (> 32), donde la cirugía tiene mejores resultados que el stent.

- reservando para los pacientes con riesgo bajo el stent, que sigue siendo una alternativa segura.*
3. En el 65% de todos los pacientes con enfermedad del tronco coronario izquierdo (SYNTAX > 32) y en el 79% de los pacientes con tres vasos afectados (SYNTAX > 22), la cirugía de revascularización coronaria tiene ventajas a 3 años, que se mantienen a los 5 años.
 4. Desarrollar el concepto de "Heart Team", grupo multidisciplinario compuesto por el *cardiólogo clínico*, el hemodinamista, el cirujano y el propio paciente, que en definitiva tomará la decisión más acertada para él.
 5. El examen de la anatomía coronaria debe ser analizado por el equipo en todos los enfermos, para decidir en la práctica diaria cuál es la mejor opción terapéutica para él.

Los nuevos trabajos en cardiopatía isquémica con enfermedad de multivaso confirman la superioridad de la cirugía frente al intervencionismo coronario, con reducción de la mortalidad y la morbilidad. (4) Las guías de práctica clínica de revascularización enfatizan que la coronariografía *ad hoc* está solo indicada en los pacientes con angina inestable; en los demás casos, el paciente tiene que tener tiempo suficiente para elegir su tratamiento de elección, aconsejado por el *cardiólogo clínico*. (2, 5)

En 1996 se pone en marcha, junto con *cardiólogos*, *anestesiólogos*, *intensivistas*, *enfermeras*, etc., el Área del Corazón del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, poniendo al paciente en el centro del proceso asistencial, que es en definitiva quien tomará la decisión de qué terapia es la más adecuada para él, que a veces no es la aconsejada por nosotros. La calidad de un Servicio de Cardiología o de Cirugía Cardíaca pasa por el buen trabajo en equipo, que es responsabilidad de todos. Llegó el momento de volver a insistir la importancia del "Heart Team". Esta calidad produce mayor satisfacción de los usuarios y trabajadores del centro, favorece la relación y el trabajo en equipo, mejora la

utilización de los recursos disponibles, disminuyendo la morbimortalidad.

Hace más de una década, Revuelta y colaboradores (6) analizaron los cambios del perfil de los pacientes, que quieren más información sobre su enfermedad, conocer el tratamiento que se les aplicará y los resultados. El nivel de exigencia de los pacientes se ha incrementado: ¡Informemos al paciente de todas sus posibilidades!

El *cardiólogo clínico* envía al paciente a estudio hemodinámico para la evaluación de su cardiopatía isquémica y en la mayoría de los casos lo devuelven con múltiples *stents*. Me pregunto: ¿Hasta cuándo vamos a tolerar esta conducta terapéutica errónea? ¿El *cardiólogo clínico* ha participado en la decisión de revascularización percutánea en su paciente?

La hemodinámica es una especialidad devoradora, y la industria apoya su desarrollo exponencial; todos los meses aparecen nuevos *stents*, sin que los anteriores hayan sido evaluados a largo plazo. El paciente es el centro de nuestra práctica médica y tiene todo el derecho a saber cuál es el mejor procedimiento para su enfermedad coronaria a medio y a largo plazos y no tomar la decisión en la sala de hemodinámica con el catéter introducido en su arteria.

Diálogo en la sala de hemodinámica: Cardiólogo intervencionista le dice al enfermo: “Tiene las tres arterias principales con oclusiones, ¿quiere que su problema lo solucionemos ahora?” La respuesta es obvia... No debemos olvidar que algunos pacientes desean menos agresión a su cuerpo, aun con peores resultados.

Volvemos a insistir en la importancia del “*Heart Team*” en la toma de decisiones, pero algunos hemodinamistas hacen caso omiso de estas recomendaciones. La población general debe estar informada. Tenemos

que salir a todos los medios posibles a denunciar lo que está pasando, sin crear una alarma social. Los ciudadanos deben saber que las decisiones en cardiología deben ser consensuadas con un trabajo en equipo, con el paciente en el centro del proceso asistencial.

Esta decisión es un acto de responsabilidad médica y de ética hacia el paciente, que confía en nosotros. Las sociedades científicas tienen que defender que las decisiones en cardiología-cirugía se tomen dentro del contexto del “*Heart Team*”; el *cardiólogo clínico* tiene la palabra.

Alberto Juffé Stein

Miembro Titular del Sillón de Cirugía Cardíaca
de la Real Academia de Medicina de Galicia
albertojuffe@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Juffé A. La responsabilidad médica ante la revascularización miocárdica en diabéticos. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:467-8. <http://doi.org/6zb>
2. Juffé A, Hornero F. Heart team en la cirugía endovascular. Responsabilidad, ética y buena praxis médica. *Cir Cardio* 2017;24:53-5. <http://doi.org/b7hb>
3. Mohr FW, Morice MC, Kappetein AP, Feldman TE, Stahle E, Colombo A. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous intervention in patients with three vessel disease and left main coronary disease: 5 year follow up on the randomized, clinical SYNTAX trial. *Lancet* 2013;381:629-38. <http://doi.org/f2k32h>
4. Juffé A. La revascularización arterial completa con ambas mamarias es la técnica de elección en cirugía coronaria. *Rev Argent Cardiol* 2015;83:388-9. <http://doi.org/b7hc>
5. Juffé A. Superioridad de la cirugía coronaria versus stent, datos finales del estudio SYNTAX a los 5 años. Un acto de responsabilidad médica y ética. *Cir Cardio* 2015;22:1-4.
6. Revuelta JM, Herreros J, Mestres CA, Juffé A, Comas JV, Pomar JL. La cirugía cardiovascular del futuro, nuevos retos. *Cir Cardio* 2005;12:37-54. <http://doi.org/f2j8ph>