

La realidad de la estrategia invasiva en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

Joan Antoni Gómez-Hospital y Ángel Cequier

Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Servicio de Cardiología. IDIBELL.
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Las recientes actualizaciones de las guías de tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación de segmento ST (SCASEST) recomiendan preferentemente la realización sistemática inicial de una coronariografía, seguida de revascularización coronaria si anatómicamente es factible, en el manejo de estos pacientes^{1,2}. Estas recomendaciones se basaron en los resultados de diferentes estudios aleatorizados³⁻⁷ que demostraron que una estrategia invasiva mostraba un beneficio en la reducción de eventos isquémicos en comparación con una estrategia conservadora en la que la realización de la coronariografía y la revascularización sólo se indicaba en presencia de isquemia espontánea o inducible. Sin embargo, entre las principales limitaciones de los estudios aleatorizados figuran la incierta representatividad de la población incluida respecto a la realidad asistencial cotidiana, si los resultados obtenidos en los centros participantes son reproducibles en otros medios y si las conclusiones de dichos estudios pueden ser aplicadas adecuadamente a la práctica clínica diaria.

En el presente número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, Bodí et al⁸ aportan una información inestimable para el tratamiento diario de los pacientes con SCASEST. En un estudio observacional de cohortes y no aleatorizado, los autores comparan 2 series históricas de pacientes ingresados con el diagnóstico de SCASEST. En la primera serie los pacientes son evaluados mediante una estrategia más con-

servadora, en la que la práctica de la coronariografía se basó en la detección de isquemia espontánea o inducida en las pruebas no invasivas, mientras que en la segunda serie, inmediatamente posterior en el tiempo, los pacientes fueron tratados con una intención invasiva inicial sistemática. La tasas de realización de coronariografías (el 61 frente al 73%) y de revascularizaciones prealta (el 33 frente al 48%, más frecuentemente angioplastia: el 21 frente al 35%) aunque estadísticamente diferentes, no fueron excesivamente distintas entre ambos grupos de pacientes. Aunque no se observaron diferencias significativas en la incidencia de eventos isquémicos mayores, los pacientes en los que se aplicó una estrategia inicial más invasiva presentaron menos ingresos hospitalarios postalta, con una menor necesidad de procedimientos adicionales de revascularización durante el seguimiento. Asimismo, en el análisis multivariado, el tratamiento invasivo inicial fue un predictor independiente protector de la aparición de eventos isquémicos menores o de cualquier evento analizado, con una reducción ajustada del riesgo del 50%. Un aspecto interesante e intrigante es la dirección divergente que siguen las curvas de eventos durante el seguimiento de ambas series.

El estudio de Bodí et al posiblemente refleja con más realismo que los estudios aleatorizados la práctica diaria asistencial del tratamiento de los pacientes con SCASEST. Aunque los criterios de inclusión fueron similares a los de los estudios aleatorizados (depresión del segmento ST y marcadores de daño miocárdico positivos), un mayor número de los pacientes del estudio de Bodí et al eran diabéticos y las tasas de elevaciones del valor de la troponina fueron muy superiores a las presentadas por los pacientes incluidos en dos de los estudios aleatorizados^{5,6}, sugiriendo la inclusión de pacientes de elevado riesgo. Asimismo, las diferencias entre las tasas de realización de coronariografías y de revascularización durante la hospitalización entre las 2 cohortes son mucho menores que las diferencias documentadas en los distintos estudios aleatorizados. Este aspecto puede explicar que la inci-

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 1143-50

Correspondencia: Dr. J.A. Gómez-Hospital.
Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
Hospital Universitari de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n. L'Hospitalet del Llobregat. 08970 Barcelona. España.
Correo electrónico: 26587jgh@comb.es

Full English text available at: www.revespcardiol.org

dencia de eventos mayores en las 2 series del presente estudio no alcance diferencias significativas. Esto traduce unas actuaciones mucho más asistenciales (semiconservadora frente a semiinvasiva) que se alejan de las amplias diferencias en el número de procedimientos invasivos que, con finalidad investigadora, fueron efectuadas en las 2 ramas (conservadora e invasiva) de los diferentes estudios aleatorizados. Sin embargo, pueden efectuarse interpretaciones prácticas de los datos de Bodí et al. Un manejo más invasivo en 100 pacientes consecutivos con SCASEST de alto riesgo evitaría la realización de 23 pruebas de esfuerzo a expensas de efectuar 12 cateterismos, 12 angioplastias y 1 cirugía coronaria más, con lo que se prevendrían 3 muertes, 7 reingresos hospitalarios y 5 nuevas revascularizaciones durante el seguimiento.

La mortalidad del presente estudio es mucho más elevada que la observada en los estudios aleatorizados comentados. Hay que considerar que se trata de un grupo de pacientes no seleccionados, de elevado riesgo y que traduce la realidad asistencial diaria. Dicha mortalidad es similar a la observada en registros españoles recientes^{9,10}. La mayor edad de los pacientes incluidos, la alta prevalencia de pacientes diabéticos (35%) y las tasas de troponina positivas corroboran el elevado riesgo de los pacientes del estudio de Bodí et al. Asimismo, la tasa de realización de una coronariografía en el grupo tratado mediante una estrategia conservadora fue del 63%, lo que traduce una alta frecuencia de isquemia residual detectable en las pruebas no invasivas. Aunque existieron diferencias en los valores absolutos de la mortalidad entre ambas series (el 9% en la serie más conservadora frente al 6% en la serie más invasiva), sería necesario incluir un mayor número de pacientes para detectar cambios significativos.

Es importante comentar algunas de las limitaciones del presente estudio. La administración de los fármacos inhibidores de los receptores I**II**/III**A** quedó casi exclusivamente limitada al momento de efectuar la intervención coronaria percutánea, tras varios días de hospitalización. No se utilizaron inhibidores I**II**/III**A** en el momento del ingreso hospitalario. Este hecho puede haber reducido el beneficio en los pacientes sometidos a la estrategia más invasiva. Uno de los escenarios donde los inhibidores I**II**/III**A** han documentado su mayor reducción en la incidencia de eventos isquémicos es en los pacientes con SCASEST que, estando en tratamiento con estos fármacos, son sometidos posteriormente a una revascularización percutánea¹¹. No se observaron diferencias en el tiempo transcurrido hasta la práctica de la coronariografía ni en los días de estancia hospitalaria entre ambos grupos de pacientes, lo que refleja posiblemente algunas de las particularidades de nuestro sistema sanitario.

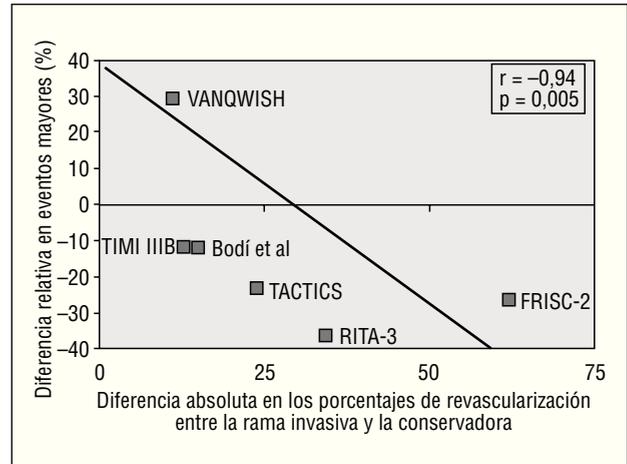


Fig. 1. Relación entre la diferencia de revascularización de la rama invasiva frente a la conservadora y la reducción en los eventos cardíacos mayores (defunción o infarto no fatal).

Dos importantes conclusiones pueden extraerse del estudio de Bodí et al: en primer lugar, la realización de coronariografías y de procedimientos de revascularización coronaria en una serie de pacientes en los que se planteó efectuar una estrategia invasiva inicial rutinaria quedó limitada, respectivamente, al 73 y el 48% de los pacientes. Estas tasas posiblemente traducen la realidad asistencial diaria de una estrategia inicial invasiva en una serie no seleccionada de pacientes ingresados con el diagnóstico de SCASEST. En segundo lugar, a pesar de que las diferencias en las tasas de realización de procedimientos invasivos no fueron marcadas entre las 2 series, las incidencias de eventos isquémicos indican que incluso discretos cambios en la estrategia (de un manejo semiconservador a un manejo semiinvasivo) pueden tener un significado clínico pronóstico. En los pacientes diagnosticados de SCASEST parece existir un gradiente de beneficio entre las tasas de revascularización y el consecuente beneficio en el pronóstico. Una mayor diferencia entre las tasas de revascularización de una estrategia conservadora a una más invasiva se correlaciona con una mayor reducción de la incidencia de eventos isquémicos (fig. 1).

En conclusión, este estudio corrobora que en la práctica clínica diaria del manejo de los pacientes que ingresan por un síndrome coronario agudo sin elevación persistente del segmento ST (con signos de isquemia en el electrocardiograma o con elevación de los marcadores de daño miocárdico) una estrategia invasiva inicial rutinaria con la realización de una coronariografía seguida de revascularización ofrece ventajas pronósticas sobre una estrategia guiada por síntomas o por la inducción de isquemia. Incluso diferencias discretas en el grado de revascularización final aplicado se traducen en cursos evolutivos significativamente diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2002;40:1366-74.
2. López Bescos L, Arós F, Lidón RM, Cequier A, Bueno H, Alonso JJ, et al. Actualización (2002) de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable/infarto sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:631-42.
3. Anderson HV, Cannon CP, Stone PH, Williams DO, McCabe CH, Knatterud GL, et al. One-year results of the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) IIIB clinical trial. A randomized comparison of tissue-type plasminogen activator versus placebo and early invasive versus early conservative strategies in unstable angina and non-Q wave myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1995;26:1643-50.
4. Boden WE, O'Rourke RA, Crawford MH, Blaustein AS, Deedwania PC, Zoble RG, et al. Outcomes in patients with acute non-Q wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared with a conservative management strategy. *N Engl J Med* 1998;338:1785-92.
5. Wallentin L, Lagerqvist B, Husted S, Kontny F, Stahle E, Swahn E. Outcome at 1 year after an invasive compared with a non-invasive strategy in unstable coronary artery disease: the FRISC II invasive randomised trial. *Lancet* 2000;356:9-16.
6. Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, Vicari R, Frey MJ, Lakkis N, et al. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban. *N Engl J Med* 2001;344:1879-87.
7. Fox KA, Poole-Wilson PA, Henderson RA, Clayton TC, Chamberlain DA, Shaw TR, et al. Interventional versus conservative treatment for patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction: the British Heart Foundation RITA 3 randomised trial. *Lancet* 2002;360:743-51.
8. Bodí V, Sanchis J, Llácer A, Fàcila L, Núñez J, Pellicer M, et al. Estrategia invasiva en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. De los grandes estudios al mundo real. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:1143-50.
9. Bosch X, Verbal F, Lopez de Sa E, Miranda-Guardiola F, Borquez E, Bethencourt A, et al. Diferencias en el tratamiento y en la evolución clínica de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en función del servicio clínico de ingreso. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:283-90.
10. Permanyer Miralda G, Brotons C, Moral I, Ribera A, Calvo F, Campreciós M, et al. Pacientes con síndrome coronario agudo: abordaje terapéutico (patrones de manejo) y pronóstico al año en un hospital general terciario. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:954-64.
11. Roffi M, Chew DP, Mukherjee D, Bhatt DL, White JA, Moliterno DJ, et al. Platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibition in acute coronary syndromes. Gradient of benefit related to the revascularization strategy. *Eur Heart J* 2002;23:1441-8.