

El estudio PRIAMHO

Ginés Sanz

Director del Institut de Malalties Cardiovasculars. Hospital Clínic de Barcelona.

factores de riesgo / guías de práctica clínica / guías farmacoterapéuticas / medicina basada en la evidencia / mortalidad / publicaciones biomédicas / supervivencia

La preocupación por la escasez de recursos y el elevado coste de la atención sanitaria, así como la necesidad de aplicar los avances de forma racional y científica, ha dado origen a la denominada *Medicina basada en la evidencia*. Las Sociedades científicas contribuyen mediante la publicación de guías de tratamiento (*guidelines*) y consensos a este proceso de racionalización. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, la forma de diagnosticar y tratar una determinada enfermedad varía ampliamente de un país a otro, e incluso dentro del mismo entorno¹. Los factores que determinan esta variabilidad son múltiples, incluyendo el nivel científico de un determinado servicio, el interés de sus médicos, su formación y la infraestructura de la que dispongan.

Los resultados del estudio PRIAMHO, que publica el presente número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA², constituyen una prueba fehaciente de las diferencias en la atención médica que reciben los pacientes con infarto de miocardio, una patología por lo demás bien estudiada, con guías de manejo perfectamente establecidas y grandes ensayos que avalan cada una de las pautas terapéuticas propuestas^{3,4}. A pesar de ello las diferencias puestas de manifiesto por el PRIAMHO son extraordinarias y merecen una reflexión profunda.

El estudio PRIAMHO es un registro de más de 5.000 pacientes ingresados en 24 hospitales del país y seguidos durante un año. Destacan del estudio, como aspectos muy positivos, las tasas elevadas de cobertura (77%), exhaustividad (94%) y seguimiento (96%), así como los controles de calidad que permitieron eliminar hospitales con datos poco fiables. La población analizada es muy variable como demuestran las diferencias en la proporción de mujeres, de hipertensos o de diabéticos entre los distintos hospitales, todo lo cual sugiere una gran variabilidad en los criterios de ingreso en la unidad coronaria difícil de explicar.

Los resultados proporcionan información sobre la utilización de fármacos y técnicas diagnósticas en la unidad coronaria. Cabe destacar, en primer lugar, que la proporción de pacientes que recibieron fibrinolíticos fue superior al 40%, lo que se compara favorablemente con la de otros países de nuestro entorno; sin embargo, el coeficiente de variabilidad observado indica que, en algunos hospitales, esta proporción fue sólo del 20%. Mucho más desfavorable es la tasa de utilización de betabloqueantes, en algunos casos inferior al 10% de los ingresos.

Las diferencias son muchos más espectaculares para la gran mayoría de técnicas diagnósticas. Muy especialmente llama la atención la infrautilización de la ecocardiografía, que en algunos hospitales es prácticamente nula. La información que proporciona esta técnica, su facilidad de obtención, las escasas molestias que supone para el paciente y la favorable relación coste/información, hacen difícil entender que a un paciente coronario, en la fase más crítica de su enfermedad como son los 5 primeros días de un infarto de miocardio, no se le practique un ecocardiograma. Incluso si se utiliza de forma restrictiva, sólo ante el diagnóstico de disfunción ventricular o complicación mecánica, es incomprensible que 5 hospitales lo realizaran en menos del 10% de los enfermos. Consideraciones similares podrían hacerse con respecto a la coronariografía o la revascularización miocárdica. Ante estos resultados surge una pregunta: ¿las diferencias están en función de la distinta dependencia funcional de las unidades? O lo que es lo mismo, ¿los pacientes tratados en unidades que no dependen de cardiología tienen un acceso limitado a los medios diagnósticos? Los investigadores del PRIAMHO deberían clarificar esta cuestión fundamental que podría tener implicaciones éticas.

Entre los múltiples datos que proporciona el estudio merecen un comentario especial los referentes a la mortalidad. Aunque las cifras globales, del 10,9% en la unidad coronaria y del 14% a los 28 días, parecen aceptables para una población como la incluida en el PRIAMHO, la variabilidad es excesiva y sobre todo llama la atención que en cuatro hospitales sea significativamente mayor, una vez corregida por diferentes factores de riesgo. Aunque la corrección probablemente no ha incluido todos los factores confusores, las ta-

Correspondencia: Dr. G. Sanz.
Director del Institut de Malalties Cardiovasculars.
Hospital Clínic de Barcelona.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.
Correo electrónico: gsanz@medicina.ub.es

(Rev Esp Cardiol 1999; 52: 776-777)

sas de mortalidad de estos cuatro hospitales exigirían un análisis más detallado. Aquí, de nuevo, surgen preguntas, cuya respuesta los investigadores a buen seguro conocen: ¿guarda relación la mortalidad con la infratilización de las técnicas y recursos diagnósticos?, ¿se debe, por el contrario, a una mayor agresividad en el tratamiento?, ¿se confirma la relación entre volumen de pacientes y supervivencia observada en otros estudios?⁵.

Aunque se trata de un estudio muy importante, o incluso como los autores no se recatan en decir, un hito dentro de la cardiología española, el PRIAMHO tiene algunas limitaciones ya señaladas en la publicación. La más importante es la selección de hospitales: de los 228 hospitales posibles, 47 respondieron, 33 finalizaron la fase piloto y sólo 24 proporcionaron datos fiables. Puesto que la participación fue voluntaria cabe esperar que los centros representados sean aquellos con mayor motivación y buenos resultados. Además, puesto que en nuestro país las unidades que atienden pacientes con infarto agudo de miocardio dependen de cardiología o de cuidados intensivos según el hospital, cabe pensar que las primeras serían más proclives a entrar en un registro promovido en el seno de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidad Coronaria de la Sociedad Española de Cardiología. Finalmente, existe un 23% de pacientes con infarto no incluidos en el estudio porque no ingresaron en la unidad coronaria; no es aventurado pensar que se trata de los pacientes de mayor edad y comorbilidad. Todos estos factores sugieren que las tasas de utilización de tratamientos y técnicas diagnósticas pueden ser en la realidad más bajas que las mostradas en la

publicación y las diferencias entre hospitales todavía más acusadas.

En resumen, el estudio PRIAMHO es un paso importante en el conocimiento de la forma en que se atiende el infarto de miocardio en España. Los investigadores deberían profundizar en publicaciones posteriores sobre esas preguntas que sugieren los datos presentados aquí, y que tienen una importancia capital a la hora de planificar la asistencia del paciente coronario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yusuf S, Flather M, Pogue J, Hunt D, Varigos J, Piegas L et al. Variations between countries in invasive cardiac procedures and outcomes in patients with suspected unstable angina or myocardial infarction without initial ST elevation. OASIS (Organisation to Assess Strategies for Ischaemic Syndromes) Registry Investigators. *Lancet* 1998; 352: 507-514.
2. Cabadés A, López-Bescós L, Arós F, Loma-Osorio A, Bosch X, Pabón P et al. Variabilidad en el manejo y pronóstico a corto y medio plazo del infarto de miocardio en España: el estudio PRIAMHO. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 767-775.
3. Ryan TJ, Anderson JL, Antman EM, Braniff BA, Brooks NH, Califf RM et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). *Circulation* 1996; 94: 2.341-2.350.
4. Yusuf S, Anand S, Avezum A Jr, Flather M, Coutinho M. Treatment for acute myocardial infarction. Overview of randomized clinical trials. *Eur Heart J* 1996; 17 (Supl F): 16-29.
5. Thiemann DR, Coresh J, Oetgen WJ, Powe NR. The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients. *N Engl J Med* 1999; 340: 1.640-1.648.