

Artículo especial

Nuevas guías de la EACTS de revascularización miocárdica 2014. 1.^a parte. Principales novedades y perspectiva del cirujano

José Manuel Martínez-Comendador*, Carlos E. Martín y Mario Castaño

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de enero de 2015

Aceptado el 21 de enero de 2015

On-line el 27 de febrero de 2015

Palabras clave:

Guías

Revascularización miocárdica

Enfermedad coronaria estable

Síndromes coronarios agudos sin elevación del ST

Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

RESUMEN

Recientemente, la European Society of Cardiology (ESC) y la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) han elaborado en conjunto las nuevas guías europeas de revascularización miocárdica en un documento extenso que intenta abarcar la mayoría de los aspectos relacionados con ella. Es un documento de consenso y en muchas ocasiones sus conclusiones no satisfacen a todos los profesionales. Por esa razón, al igual que en las anteriores guías, la creación de un equipo multidisciplinario (*heart team*) se considera fundamental en una toma de decisiones conjunta y equilibrada.

El objetivo de este artículo es repasar las novedades más destacadas de la primera mitad de las guías, fundamentalmente en la revascularización de la enfermedad coronaria estable, en los síndromes coronarios agudos sin elevación del ST y en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST, poniendo un especial énfasis en elucidar de una forma sencilla las indicaciones y explicando el fundamento de aquellos aspectos novedosos relevantes para un cirujano cardíaco y sus implicaciones en la práctica clínica diaria.

© 2015 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

2014 EACTS guidelines on myocardial revascularization. Part 1. Main developments and surgical perspective

ABSTRACT

Recently, the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) have developed new European guidelines for myocardial revascularization in a lengthy document that tries to cover most of the aspects related to it. It is a consensus document and often their conclusions are not satisfactory to all professionals. Therefore, as in the previous guidelines, the role of the heart team is considered essential to a balanced and joint decision-making process.

The aim of this article is to review the main developments of the first part of the guidelines, particularly revascularization for stable coronary artery disease, non-ST-segment elevation acute coronary syndromes and ST-segment elevation myocardial infarction, putting emphasis on clarifying recommendations and consequences related to clinical practice in a simple manner as well as explaining the basis of those new aspects relevant to a heart surgeon.

© 2015 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Guidelines

Myocardial revascularization

Stable coronary artery disease

Non-ST-segment elevation acute coronary syndromes

ST-segment elevation myocardial infarction

Introducción

La actual guía, recientemente publicada en 2014¹, mantiene 3 cambios introducidos por primera vez en las guías previas de 2011² que ponen de relevancia la importancia del trabajo en equipo: 1) Su elaboración se ha realizado de manera multidisciplinar con la colaboración de cardiólogos (clínicos e intervencionistas) y cirujanos cardíacos; 2) engloba de manera conjunta todas las modalidades de revascularización (percutánea y quirúrgica) y 3) confiere una relevancia vital al equipo multidisciplinario (*heart team*) a la hora de la

toma de decisiones, con la finalidad de que no existan discrepancias en las indicaciones de una misma enfermedad.

La publicación de este documento coincide con el aniversario de los 50 años de la primera cirugía de revascularización miocárdica (CRM). En todo este tiempo la cirugía ha ido evolucionando y la introducción de otras técnicas, como el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en 1977, han ido ganando relevancia. Es de resaltar la gran cantidad de ensayos clínicos que existen en la revascularización coronaria, poniendo de manifiesto la enorme evidencia que existe al respecto. Numerosas entidades, estables o agudas, pueden tratarse con distintas aproximaciones terapéuticas que incluyen la ICP o la revascularización quirúrgica. Esta guía de práctica clínica intenta clarificar la elección de la mejor forma posible de revascularización, centrada en el paciente y basada en la evidencia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemmcomendador@gmail.com (J.M. Martínez-Comendador).

Nivel de evidencia y fuerza de recomendación

El nivel de evidencia y la fuerza de la recomendación de una opción terapéutica particular fueron sopesados y clasificados de acuerdo con escalas predefinidas.

El nivel de evidencia de una recomendación viene determinado por el tipo de información en la que se basa, estableciéndose 3 niveles:

- Nivel de evidencia A: Información procedente de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis.
- Nivel de evidencia B: Información procedente de un único ensayo clínico aleatorizado o grandes estudios no aleatorizados.
- Nivel de evidencia C: Se deriva de un consenso de expertos, pequeños estudios, estudios retrospectivos o registros.

La fuerza de la recomendación viene condicionada por el nivel de evidencia disponible o consenso:

- Clase I: Existe evidencia o acuerdo general de que dicho tratamiento o procedimiento es beneficioso, útil y eficaz.
- Clase II: La evidencia es contradictoria o hay opiniones divergentes sobre la utilidad/eficacia de dicho tratamiento o procedimiento.
 - Clase IIa: El peso de la evidencia/opinión es favorable a la utilidad y eficacia de dicho tratamiento o procedimiento.
 - Clase IIb: La utilidad/eficacia no está bien establecida por la evidencia/ opinión.
- Clase III: Existe evidencia o acuerdo general de que dicho tratamiento o procedimiento no es útil ni eficaz, y que incluso en algunos casos puede ser perjudicial.

De esta guía de revascularización miocárdica se extraen 314 recomendaciones basadas de 961 referencias, de las cuales casi la mitad, 149 (47%) son clase I, el 42% son clase II (31% clase IIa, 11% clase IIb) y el 11% clase III. En cuanto al nivel de evidencia, el 29% son clase A, el 33% clase B y el 38% clase C. Por tanto, un 71% de las recomendaciones todavía necesitan más investigación.

El documento es muy extenso (101 páginas) y engloba de una manera bastante completa todos los aspectos relacionados con la revascularización coronaria.

Scores y estratificación del riesgo

Por primera vez se hace una diferenciación entre resultados a corto plazo (menos de 30 días) y resultados a medio/largo plazo en pacientes candidatos para ICP o CRM. Entre las escalas utilizadas para el pronóstico a corto plazo, el modelo de la Society of Thoracic Surgeons (STS) está bien validado para la CRM (recomendación IB). El problema fundamental que tiene el STS es que está sometido a reajustes periódicos que hacen que su comparación longitudinal sea difícil. El modelo Euro-SCORE II es una actualización del logistic Euro-SCORE en una cohorte más contemporánea, y otorga una recomendación IIaB para la CRM y IIbC para la ICP. Por otro lado, dado que el Euro-SCORE I sobrestima la mortalidad, ya no recomiendan su uso (recomendación III).

En cuanto a los modelos de riesgo para valorar el pronóstico a medio-largo plazo, la escala SYNTAX se desarrolló para graduar la complejidad anatómica de las lesiones coronarias en pacientes con enfermedad de 3 vasos y enfermedad de tronco común izquierdo (TCI) y resultó ser un predictor independiente de eventos cardíacos y cerebrales adversos graves (MACCE) en pacientes tratados mediante ICP, pero no para la CRM. Facilita la selección de tratamiento entre ICP y CRM en pacientes con enfermedad coronaria multivaso compleja (recomendación IB).

La escala SYNTAX II combina factores clínicos (6 variables) y anatómicos (12 variables) y se puede convertir en el modelo de elección para la selección del tratamiento entre ICP y CRM cuando lo que valoramos es la mortalidad a los 4 años (recomendación IIaB).

En este documento se aporta una fácil y útil guía para calcular de una forma sencilla la escala SYNTAX.

Toma de decisiones e información al paciente

Como ya fue incluido en las últimas guías, de nuevo se hace énfasis en la importancia de una información adecuada al paciente, y en el hecho de que cardiólogos y cirujanos cardíacos deberían estar de acuerdo antes de realizar un procedimiento o de una toma de decisión.

El *heart team* fue un concepto añadido en las anteriores guías, pero de nuevo en estas se resalta su papel fundamental a la hora de elegir la mejor opción terapéutica (ICP o CRM) de forma individualizada.

Se recomienda que los pacientes a los que se les realice coronariografía sean informados de los riesgos y beneficios, así como de las potenciales consecuencias terapéuticas (recomendación IC).

Está indicado que se desarrollen protocolos institucionales por el *heart team* para implementar la estrategia de revascularización apropiada en consonancia con las guías actuales. En caso de centros que dispongan de ICP pero no de cirugía cardíaca, se deberían establecer protocolos con la colaboración de los centros que dispongan de cirugía cardíaca (recomendación IC).

La información proporcionada al paciente debe ser no sesgada, basada en la evidencia, actualizada, fiable, entendible, accesible, relevante y coherente con los requisitos legales. Se requiere de un consentimiento informado escrito para todos aquellos pacientes en situación de estabilidad. Es sabido que se obtienen mejores resultados en aquellos pacientes que toman un papel activo en el proceso de la toma de decisiones. Al respecto y, de manera importante, en algunos casos se contempla el papel del ICP *ad hoc* (durante el mismo procedimiento diagnóstico) en la enfermedad coronaria estable. En la enfermedad coronaria compleja en pacientes estables, como la enfermedad de descendente anterior (DA) proximal, enfermedad de 3 vasos o de TCI, se subraya que no deben ser tratados *ad hoc*, y que sí deben ser discutidos por el *heart team*. Para el resto de casos, la ICP *ad hoc* solo estaría justificada en el caso de que el paciente hubiera sido debidamente informado con el estudio diagnóstico completado (incluido un estudio funcional) y en casos en los que el *heart team* (mediante protocolos hospitalarios) se hubiera puesto de acuerdo al respecto en determinados escenarios anatómicos y clínicos. De esta manera, al no realizar la ICP *ad hoc* sistemática, se evita que a un alto porcentaje de pacientes potencialmente candidatos a CRM (hasta un 30%) se les realice ICP.

Un aspecto que puede tener implicaciones legales es que, por primera vez, se dan indicaciones específicas con relación al tiempo de espera máximo recomendado antes de la revascularización en pacientes con enfermedad multivaso y enfermedad coronaria estable:

- Para los pacientes con sintomatología severa (Canadian Cardiovascular Society 3-CCS 3) y para aquellos con anatomía de alto riesgo (enfermedad coronaria de tronco izquierdo o equivalente, enfermedad de 3 vasos o de coronaria DA proximal o función ventricular izquierda deprimida), la revascularización (ICP o CRM) se debería realizar en el plazo de 2 semanas.
- Para el resto de los pacientes con enfermedad coronaria estable, la revascularización (PCI o CRM) se debería realizar en el plazo de 6 semanas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2907436>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2907436>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)