

Resultados de la realización de procedimientos de revascularización coronarios percutáneos sin la presencia de cirugía cardíaca

A. CANABAL BERLANGA, C. MARTÍN PARRA, S. SÁEZ NOGUERO, D. CABESTRERO ALONSO
Y M. RODRÍGUEZ BLANCO

Cuidados Intensivos. Hospital Provincial de Toledo. Toledo. España.

La oferta de procedimientos de revascularización coronaria percutánea se han extendido por gran número de centros sanitarios, incluyendo los que no están dotados de cirugía cardíaca. Este fenómeno se relaciona con los resultados favorables de la angioplastia coronaria en el tratamiento del síndrome coronario agudo comunicados en la literatura científica, sobre todo tras aparecer el *stent* coronario y los nuevos fármacos antiagregantes. Con la intención de ofrecer la angioplastia primaria a la población como tratamiento más eficaz que la revascularización farmacológica, han proliferado centros dotados de intervencionismo coronario sin cirugía cardíaca y en ocasiones con bajo volumen de pacientes al año. En el momento actual se realiza una revisión de la conveniencia de seguir con dicha tendencia y se realiza una reflexión sobre las condiciones necesarias en la expansión de dichos procedimientos percutáneos por los centros sanitarios de nivel secundario. Los datos iniciales de esta revisión parecen indicar que se puede defender la existencia de laboratorios de cardiología intervencionista en centros sin cirugía cardíaca cuando se garantiza un número mínimo de procedimientos al año, siendo la angioplastia primaria y la de rescate la que tienen mejores resultados, obteniéndose sin embargo peores resultados en centros no respaldados de cirugía cardíaca cuando se tratan angioplastias no primarias, no rescates y síndromes coronarios agu-

dos sin elevación del ST y sobre todo cuando hay un volumen pequeño de pacientes al año.

PALABRAS CLAVE: *intervenciones coronarias percutáneas, cirugía de revascularización coronaria, angioplastia coronaria.*

RESULTS OF THE PERFORMANCE OF PERCUTANEOUS CORONARY REVASCULARIZATION PROCEDURES WITHOUT THE PRESENCE OF HEART SURGERY

The offer of percutaneous coronary revascularization procedures has extended over a large number of health care sites including those that do not have heart surgery. This phenomenon is related with the favorable results of the coronary angioplasty in the treatment of acute coronary syndrome, reported in the scientific literature, above all after the appearance of the coronary stent and the new antiaggregant drugs. In order to offer the primary angioplasty to the population as a treatment that is more effective than drug revascularization, sites having coronary interventionism without heart surgery and sometimes with low volume of patients per year have proliferated. At present, a review is being made of the convenience of continuing with this tendency and reflection is made on the necessary conditions in the expansion of these percutaneous procedures through the secondary level health care sites. The initial data of this review seem to indicate that the existence of interventionist cardiology laboratories in sites without heart surgery can be defended when a minimum number of procedures per year is guaranteed, the primary angioplasty and rescue one being those that have the best results. However, worse results are obtained in sites not supported by heart

Correspondencia: Dr. A. Canabal Berlanga.
C/ Roma, 4, portal 3, 2º B.
45003 Toledo, España.
Correo electrónico: med007911@saludalia.com

Manuscrito aceptado el 6-X-2005.

surgery when non-primary, non-rescue angioplasties and non-ST elevation acute coronary syndromes are dealt with and above all when there is a small volume of patients per year.

KEY WORDS: *percutaneous coronary intervention, coronary revascularization surgery, coronary angioplasty.*

Los centros hospitalarios de nivel secundario han incorporado a su cartera de servicios una gran cantidad de técnicas diagnósticas y terapéuticas. Este desarrollo está relacionado con múltiples factores, entre los que se encuentran el desarrollo socioeconómico, la aparición de nuevas evidencias científicas, la presión por parte de las grandes empresas productoras de dicha tecnología, la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios y la reclamación de la disminución de las listas de espera, y no cabe duda que en países como Estados Unidos está en relación con las peculiaridades de financiación de sus centros hospitalarios. El usuario del servicio de salud solicita la cercanía a su domicilio de la mayor cantidad posible de técnicas diagnósticas y terapéuticas, sin embargo en ocasiones los integrantes del sistema sanitario, si fueran usuarios del sistema, optarían por un centro con un alto volumen de procedimientos en la realización de dichas técnicas^{1,2}.

Una de las incorporaciones más llamativas a las carteras de servicios de los hospitales ha sido la proliferación de los servicios de cardiología intervencionista y la realización de las técnicas percutáneas de revascularización miocárdica. Los factores que parecen haber influido en esta proliferación han sido la aparición del *stent* coronario y el empleo de los nuevos agentes antiagregantes que facilitan la realización de dichos procedimientos. El empleo de los *stent* se asocia con mejores resultados en términos de flujo coronario (mayor tasa de flujo TIMI 3) postratamiento^{3,4}, un menor índice de recurrencias de eventos isquémicos en los pacientes sometidos a revascularización con angioplastia primaria con *stent*, comparados con los de trombolisis^{5,6}, siendo esta circunstancia especialmente favorable en un episodio de síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST). Los nuevos tratamientos antiagregantes han posibilitado la mejor preparación y resultados después de la revascularización coronaria percutánea⁷⁻¹¹.

Algunos autores han establecido que los resultados finales del tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) son mejores en aquellos centros en donde se realiza un alto porcentaje de revascularización no farmacológica¹²⁻¹⁷, independientemente de si cuentan o no con cirugía cardíaca de respaldo *in situ*¹⁸⁻²⁰, equiparándolos a los mostrados en el estudio PAMI²¹. En la misma línea están los datos de registros de Alemania, Francia e Inglaterra, en los que in-

cluso no se encuentran diferencias entre si existe cirugía cardíaca o no²²⁻²⁴.

Lo cierto es que no hay datos definitivos y existe actualmente cierta controversia en estas afirmaciones anteriores. Metha et al²⁵ en un subanálisis del estudio GUSTO-1 sobre 25.515 pacientes llegan a afirmar que no se observa un claro beneficio cuando los pacientes trombolizados son ingresados en un centro con disponibilidad de cardiología intervencionista respecto de los que carecen de ella, y esto no concuerda, sin embargo, con los datos favorables obtenidos en otros estudios como el PACT²⁶ o GRACIA²⁷, en donde la revascularización mecánica incluso tardía parece disminuir la presencia de eventos isquémicos posteriores.

Debido a los datos favorables obtenidos en los primeros ensayos y series publicadas, en Estados Unidos se implantaron centros que proporcionaban intervenciones coronarias percutáneas e incluso cirugía cardíaca con un bajo volumen de pacientes al año, y esto de alguna manera obligó a establecer unos mínimos recomendados por el *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA) recomendando a las autoridades sanitarias y administrativas la apertura de estos servicios sólo en donde se realicen más de 400 intervenciones coronarias percutáneas y 75 angioplastias por interviniente y año²⁸.

Aversano et al¹⁹ realizaron un ensayo clínico con asignación aleatoria, multicéntrico, en 11 hospitales de Estados Unidos comparando en pacientes con SCA el tratamiento con trombolisis y angioplastia primaria, concluyendo que los infartos agudos de miocardio (IAM) tratados en centros sin cirugía cardíaca pero con angioplastia primaria tienen una reducción del objetivo combinado de muerte y/o reinfarto y/o ictus del 7% en comparación con los tratados con trombolisis.

Fiol et al⁴, tras realizar una amplia revisión de los estudios realizados hasta el momento, refieren que no existen diferencias en el pronóstico de los pacientes tratados con trombolisis entre los centros con o sin cirugía cardíaca, además de redundar en la importancia de la correcta ubicación de los pacientes en los centros más idóneos según sus características, y que ello se podría conseguir mediante una adecuada coordinación con los Servicios extrahospitalarios.

También se ha comunicado recientemente por Canabal et al²⁹ la utilización, en un centro sin cirugía cardíaca, de la contrapulsación aórtica como técnica de soporte para pacientes cardíacos complicados, con indicación de su uso según las guías publicadas por el ACC/AHA *Task Force on Practice Guidelines*, con la premisa de una adecuada selección, cuidados y seguimiento de los pacientes, proporcionando la estabilidad hemodinámica y la mejoría transitoria que precisan ciertos pacientes para un tratamiento quirúrgico o percutáneo de revascularización definitivo y que puede estar distante temporal y geográficamente de su ubicación originaria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113658>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113658>

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