

# Confieso que he vivido

PABLO NERUDA, 1904-1973

## *I Confess That I Have Lived*

PABLO NERUDA, 1904-1973

RICARDO IGLESIAS<sup>MTSAC, 1</sup>

Al finalizar la lectura de ReSCAR, (1) el interesante Registro de Síndromes Coronarios Agudos (SCA) en Centros de Argentina, me vino a la mente un compendio de experiencias vividas en más de 40 años de atender y estudiar esta problemática.

A lo largo de estos años se han desarrollado una variedad de estudios aleatorizados y observacionales, (de estos últimos los médicos residentes fueron pioneros con los registros CONAREC), con el propósito de abordar los distintos tipos de SCA.

Mi primer pensamiento es comprobar que, a pesar de los métodos de diagnósticos más específicos y el avance en las terapéuticas intervencionistas y farmacológicas, cada vez que enfrente a un paciente con un SCA persiste en mí la duda sobre el manejo óptimo del mismo.

Los SCA conforman un conjunto de entidades clínicas de alta prevalencia en la población y agrupan diferentes cuadros clínicos que tienen en común el dolor precordial.

La mayor dificultad, a mi entender no es el diagnóstico, sino categorizar el riesgo individual de cada paciente, ya que se trata de una entidad clínica de curso errático y de difícil evaluación, producto de un sustrato fisiopatológico complejo.

El registro ReSCAR, aporta información pormenorizada de todo el amplio espectro de los SCA, a diferencia de anteriores que solo se enfocan en un cuadro clínico (AI o IAMSEST o IAMCEST).

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en nuestro país y los factores generadores de la misma siguen sin modificarse. En más de 20 años desde el registro STRATEG-SIA, del año 2001 hasta la actualidad, se repite en forma preocupante la fuerte relación entre la falta de control de los factores de riesgo coronario y el SCA (HTA en más del 60% de los pacientes, DBT en más del 25%, dislipidemia en más del 50%, tabaquismo actual o pasado en más del 40%). (2)

Estas evidencias deben llamar la atención al Estado, para implementar programas a nivel sanitario, con el objetivo de modificar el concepto 'estilo de vida', que parece reflejar una elección individual, por el concepto de 'modo de vida', categoría sociológica que considera en forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales que son las formas características, estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades. (3)

El accidente de placa sobre lesiones ateroscleróticas en las arterias coronarias epicárdicas es la causa más frecuente de los síndromes coronarios agudos. Sin embargo, existe un subgrupo de individuos con evidencia clínica de daño miocárdico agudo y arterias coronarias sin lesiones mayores del 50% en la coronariografía convencional.

Un dato interesante del registro es el hallazgo de un 8,6% de pacientes con diagnóstico de MINOCA, más cercano a los datos de la literatura. En el estudio CRUSADE el 9% de los pacientes con SCA sin supra desnivel del segmento ST presentaban una angiografía sin lesiones significativas. (4)

Un meta-análisis posterior que incluyó 176 mil pacientes consecutivos de 27 ensayos clínicos, que presentaban un infarto de miocardio sometidos a angiografía, describe una prevalencia de MINOCA de 1 a 14%, con un promedio de 6%. (5)

Registros nacionales encontraron una incidencia entre 1 y 2,8%, estas diferencias pueden adjudicarse al punto de corte considerado del porcentaje de estenosis coronaria. (6, 7) Es entre 1 y 4% cuando la definición se restringe a coronarias completamente normales (0% de estenosis) pero llega a 5-14% cuando se considera un umbral de estenosis de < 50%. (8)

Durante muchos años, y aún en la actualidad, en ciertas ocasiones se difunden conceptos errados acerca de la enfermedad coronaria.

El problema se circunscribe, según la falsa creencia, a la enfermedad obstructiva de los vasos epicárdicos

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:179-181. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i3.20628>

VER ARTÍCULO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2023;91:205-211. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i3.20631>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

<sup>1</sup>Sanatorio de la Trinidad Mitre

coronarios, pero el sistema arterial coronario es mucho más complejo que la anatomía que visualizamos en la cinecoronariografía. Incorporar el concepto de enfermedad microvascular es primordial para comprender otros mecanismos involucrados en el proceso de isquemia/necrosis.

El paradigma debe estar centrado en la isquemia, no en la placa aterosclerótica, ya que permite un pensamiento más fisiopatológico y dinámico de la insuficiencia coronaria.

En lo que respecta al IAMCEST observamos una constante en todos los registros (CONAREC XVII, ARGEN-IAM y el ReSCAR) y es el prolongado tiempo entre el comienzo de los síntomas y la admisión al centro de salud, superior a los 300 minutos. (9,10)

Con la intención de modificar esta realidad, en el año 2008 se publicó un documento confeccionado por todas las Sociedades Científicas relacionados con el infarto y se recomendaba en ese momento, implementar campañas educativas permanentes en medios de difusión pública y diferentes niveles educativos sobre el reconocimiento del dolor torácico, y la importancia de la consulta precoz. (11)

Lamentablemente no tuvo el impacto esperado para modificar esta realidad.

La mortalidad intrahospitalaria del IAMCEST sigue siendo elevada, más cercana a la reportada por el registro ARGEN-IAM de 8,7%, que lo observado por el ReSCAR de 7,6%. Probablemente esto sea consecuencia del menor número de pacientes de este último (2464 vs. 237), por lo que el IC95% de la estimación es mayor.

Basados en la información de los registros de SCA en nuestro país se calcula que la cantidad de SCA “sin supra-ST” es aproximadamente de 60%, notablemente mayor que la de los IAMCEST.

En el IAMCEST, el beneficio de la intervención sistemática y precoz ha modificado la historia natural, en cambio en los síndromes coronarios agudos sin supradnivel del ST los resultados son más controvertidos.

El registro ReSCAR muestra un predominio del tratamiento invasivo (84%), y precoz (en el 61% de los pacientes se realizó la cinecoronariografía dentro de las 24 del ingreso) similar a lo observado en varios registros nacionales de IAMSEST.

Estos resultados subrayan la discordancia entre múltiples guías de sociedades científicas nacionales e internacionales y la práctica actual en centros con disponibilidad de sala de hemodinamia. (12)

Existe un subgrupo de pacientes de extrema gravedad, (isquemia en evolución sin elevación ST, inestabilidad hemodinámica o eléctrica) que requiere cateterismo lo antes posible y eventual revascularización urgente.

Sin embargo, la gran mayoría de los casos admitidos en las unidades coronarias no presentan dichas características, y permite más tiempo para seleccionar la estrategia que se va a implementar. Cuanto más tiempo pasa entre la admisión y el cateterismo, mayor importancia cobra el tratamiento antiplaquetario previo.

La indicación de una estrategia invasiva y el momento de efectuarla dependen de una correcta y acabada estratificación temprana del riesgo en una población que es heterogénea.

En el registro de la Dra. Rivero y colaboradores, la población estudiada es de riesgo a lo sumo intermedio (mediana de puntaje GRACE 127, Fracción de eyección media 56%, Killip y Kimball A el 88%, con bajo riesgo de sangrado) y un dato importante es que no hay pacientes mayores de 75 años, población con una evolución más tórpida. (13)

Obviamente en estos centros, la elección de la estrategia de manejo inicial no se realizó de acuerdo con la categorización del riesgo del paciente individual. Factores socioeconómicos, demográficos y las características del centro médico pueden influir en forma independiente sobre la elección de la estrategia terapéutica. (2,14)

La decisión médica puede estar además influenciada por la intención de querer solucionar el problema rápidamente, el miedo al juicio de mala praxis o por creer que es el mejor tratamiento.

En lo que respecta a la evolución intrahospitalaria del registro, las complicaciones isquémicas son las esperadas para esta población (re IAM 2,84%, angina recurrente 2,43%, angina postinfarto 2% y trombosis intrastent 0,5%). Un dato de importante valor será considerar las complicaciones en el seguimiento extrahospitalario.

Estos cuadros isquémicos agudos no terminan en la unidad coronaria, la posibilidad de eventos persiste varios meses, los fenómenos de inflamación se encuentran involucrados en este período. El registro Buenos Aires 1 es un buen ejemplo: la mortalidad intrahospitalaria fue del 2,7% y a los 6 meses se incrementó a 5,7%, al igual que el infarto (de 5,2% a 8,4% en el seguimiento). (15)

Por último, quiero felicitar a todos los participantes del registro ReSCAR y agradecerles el esfuerzo para hacernos conocer un aspecto de la realidad de los SCA.

En este momento tan complejo de la medicina rescato la participación voluntaria y desinteresada del profesional médico para entregarnos este importante documento.

Como decía Erich Fromm “Conocer significa ver la realidad desnuda y no significa poseer la verdad, sino penetrar bajo la superficie y esforzarse crítica y activamente por acercarse más a la verdad”.

#### **Declaración de conflicto de intereses**

El autor declara que no tiene conflicto de intereses

(Véase formulario de conflicto de intereses del autor en la web/Material suplementario).

---

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rivero M, Feder J, Procopio G, Giggins M, Souto JM, Villarreal R, y cols. Registro de síndromes coronarios agudos en centros de Argentina. ReSCAR 2022. Rev Argent Cardiol 2023;91:205-11. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i3.20631>

2. Ferreiros ER, Fuselli JJ, Guetta J, Boissonnet CP, Di Toro D, Cragnolino R, y cols. Resultados del Primer Estudio Nacional, Multicéntrico y Prospectivo sobre Estrategias de Manejo de los Síndromes Isquémicos Agudos sin Supradesnivel del Segmento ST en la República Argentina (Estudio STRATEG-SIA) *Rev Argent Cardiol* 2001;69:11-33.
3. Filipec J. El modo de vida en la lucha ideológica contemporánea. La Habana, Ciencias Sociales; 1985, citado en: Huertas R. 1985, Neoliberalismo y políticas de salud. El viejo Topo, España 1988
4. Patel MR, Chen AY, Peterson ED, Newby LK, Pollack CV Jr, Brindis RG, et al. Prevalence, predictors, and outcomes of patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction and insignificant coronary artery disease: Results from the Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress ADverse outcomes with Eearly implementation of the ACC/AHA Guidelines (CRUSADE) initiative. *Am Heart J* 2006;152:641-7.
5. Pasupathy S, Air T, Dreyer RP, Tavella R, Beltrame JF. Systematic review of patients presenting with suspected myocardial infarction and nonobstructive coronary arteries. *Circulation* 2015;131:861-70.
6. Rossler C, Morbidoni J, Santillán M, Sigal A, Ocampos R, Cattaneo, y col. Infarto de Miocardio sin Lesiones Coronarias. Sub análisis del Registro CONAREC XVII. *Medicina (Buenos Aires)* 2021;81:375-81.
7. Cáceres L, Charask A, d' Imperio H, Castillo Costa Y, Macin S, Gagliardi J, y col. Incidencia y características clínicas de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST sin enfermedad coronaria obstructiva (MINOCA). *Medicina (Buenos Aires)* 2022;82:866-72.
8. Cohen Arazi H, Iglesias R, Duronto E, Lescano A, Campisi R, Deviggiano A, y col. Isquemia Miocárdica sin Lesiones Coronarias Obstructivas: MINOCA-INOCA. Revisión para la Toma de Decisiones. *Medicina (Buenos Aires)* 2020;80:253-79.
9. Pérez G, Costabel J, González N, Zaidel E, Altamirano M, Schiavone M, y col. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Registro CONAREC XVII *Rev Argent Cardiol* 2013;81:390-99. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i5.1391>
10. Cohen Arazi H, Zapata G, Marturano MP, De la Vega MB, Pellizón OA, d' Imperio H y col. Angioplastia primaria en Argentina. Registro ARGEN-IAM-ST (relevamiento nacional del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST) *Medicina (Buenos Aires)* 2019;79:251-6.
11. Realidad del manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Argentina. Documento de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), la Federación Argentina de Cardiología (FAC), la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), el Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI), la Fundación Cardiológica Argentina (FCA), la Sociedad Argentina de Patología de Urgencia y Emergentología (SAPUE) y el Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC). *Rev Argent Cardiol* 2008;76:226-8.
12. Trivi M, Costabel JP, Spennatto M, Duronto E, Caccavo A, Mauro V, et al. Consenso Síndrome Coronario Agudos sin Elevación del Segmento ST-2020. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2020;88:1-61
13. Castillo Costa Y, Caccavo A, Charask A, Moreno K, Cassano C, Gagliardi J col. Características de los pacientes mayores de 75 años en el Registro ARGEN-IAM-ST. *Rev Argent Cardiol* 2019;87:48-52. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v87.i1.12558>
14. Escolar E, Thal S, Perel P y col. Aspectos socioeconómicos en la utilización de recursos en pacientes con síndromes coronarios agudos. *Rev Argent Cardiol* 2002;70:251-60.
15. Costabel JP, Zaidel E, Rivero M, Gómez I, Pérez GE, Garmendia CM y cols. Registro multicéntrico prospectivo de pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en centros de alta complejidad. Resultados intrahospitalarios y evolución a 6 meses (Buenos Aires I). *Rev Argent Cardiol* 2020;88:308-16. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i4.18501>