

COMENTARIO EDITORIAL

Guías de revascularización coronaria 2021: luces y sombras



Marcelo Sanmartín
Fernández

Marcelo Sanmartín Fernández. MD, PhD^a; José López Menéndez. MD^b

La medicina se va haciendo cada más tecnificada y compleja a lo largo de los años, con una importante sub-especialización de los profesionales en distintos aspectos parciales de patologías difícilmente abarcables por una única especialidad. Es por ello por lo que cada vez se prima más el trabajo de equipos multidisciplinares y guías clínicas para la toma de decisiones en la práctica médica excelente actual, según la medicina basada en la evidencia, de manera que se valoran de manera colegiada por todos los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías, para elegir entre las opciones posibles aquella que es la más beneficiosa para un paciente concreto.

Por otro lado, esta toma de decisiones con respecto a los tratamientos que aplicamos en medicina se basa en dos pilares fundamentales: 1) nuestro conocimiento sobre la enfermedad y el efecto de cada opción terapéutica sobre esta patología y 2) las preferencias o anhelos de los pacientes y sus cuidadores.

Aunque el conocimiento se va sedimentando en el día a día, con la publicación de los diferentes ensayos clínicos, estudios observacionales importantes o metaanálisis, nos viene bien, siempre que haya un sustrato importante de certezas científicas, que un grupo de expertos nos ayude a orientar toda la información relevante hacia las recomendaciones terapéuticas. Esta manera de generar documentos de consenso o guías clínicas suponen el escalón más alto de la medicina basada en la evidencia, representando el consenso de diferentes sociedades científicas respecto de la manera más adecuada de actuar en una patología concreta. En el mundo de la patología cardiovascular esto siempre había sido así, con un apoyo generalizado de las distintas versiones de las guías que se han ido elaborando respecto de distintos campos de la patología cardiovascular, tanto por sociedades americanas como europeas.

Sin embargo, estas Guías para la Revascularización Arterial Coronaria 2021 de las asociaciones ACC/AHA/SCAI (1) nacen rodeadas de una fuerte polémica. Varias

sociedades científicas de cirugía cardíaca han rechazado abierta y públicamente la aceptación de este documento. Sociedades científicas quirúrgicas de gran importancia a nivel americano, como la STS y la AATS, (2) europeo, como la EACTS,(3) hispanoamericano, como LACES, (4) así como varias sociedades asiáticas han publicado documentos extensos de rechazo a dos aspectos concretos de estas guías (1) que han suscitado una fuerte polémica: 1) La bajada de dos niveles de recomendación de la cirugía de revascularización coronaria en angina estable con función ventricular conservada de de I a IIb, y de I a IIa en caso de disfunción moderada del ventrículo izquierdo, para reducción de mortalidad, y 2) el posicionamiento de la arteria radial como injerto con nivel de recomendación I, equivalente a la arteria mamaria izquierda y por encima de la doble mamaria (IIa). Todas las Sociedades citadas han publicado en sus respectivas revistas o sitios web extensos documentos justificando los motivos de rechazo a estas recomendaciones (1), y cuya adopción a nivel mundial podría perjudicar, según estas Sociedades, a millones de pacientes.

Por esta falta de consenso y acuerdo, estas guías (1) contienen fallos importantes desde su origen: no cumplir con la misión de servir de documento de consenso que guíe las actuaciones de todos los profesionales implicados en el tratamiento de esta patología.

A pesar de esta fuerte polémica, estas Guías para la Revascularización Arterial Coronaria 2021 de las asociaciones ACC/AHA/SCAI (1) orientan con gran sobriedad el impacto que ha tenido los últimos avances en diagnóstico intracoronario, intervencionismo con stents, cirugía coronaria y tratamiento farmacológico. En especial, es notorio que estas son las recomendaciones en la era "post- ensayo ISCHEMIA", que es el único gran ensayo clínico que aleatorizó los pacientes con isquemia coronaria en pruebas no invasivas, antes de un cateterismo, a las opciones iniciales de tratamiento médico o revascularización (5). Y también las recomendaciones después de los estudios de stent farmacológico frente a cirugía coro-

^aSección Síndrome Coronario. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal; ^bServicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

na en la enfermedad de tronco común izquierdo, que estuvieron rodeados a su vez de cierta polémica después de la publicación de las recomendaciones de la Guía de Revascularización Miocárdica 2018 (6) de las sociedades científicas europeas y tras conocer los resultados a 5 años del ensayo clínico EXCEL (7,8).

LOS PUNTOS FUNDAMENTALES EN ESTAS GUÍAS ACC/AHA/SCAI DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA 2021 (1)

En primer lugar, realizan una llamada de atención hacia la necesidad de equidad en las decisiones sobre revascularización, ya que no se ha visto que grupos étnicos o el sexo femenino, menos representados en muchos ensayos clínicos y registros grandes, se beneficien menos de la revascularización. También se hace hincapié en la necesidad de una decisión consensuada con el paciente, teniendo en cuenta no solo sus peculiaridades clínicas, como también psicosociales y sus deseos. La posición de un "Heart Team" queda también reforzada.

En segundo lugar, en la enfermedad coronaria estable queda patente un nuevo paradigma de manejo, en el que la participación de las pruebas no invasivas para determinación de isquemia es poco clara. Las decisiones están fundamentalmente basadas en las características clínicas, como los síntomas, la presencia de diabetes, de enfermedad renal crónica, y la función sistólica de ventrículo izquierdo, junto con el conocimiento de la anatomía coronaria. Este nuevo paradigma, sin duda tiene relación con los resultados del ISCHEMIA y los avances en terapia antiagregante, y terapia antilipídica (9). Según este ensayo clínico, la presencia de isquemia importante en las pruebas funcionales no ayuda a seleccionar una terapia de revascularización como manejo de entrada, frente a un intento de control de síntomas con tratamiento médico (5). Por otro lado, los stents y la cirugía con mejores que el tratamiento médico y cuanto más sintomáticos están los pacientes, más probable es que derive un beneficio de la revascularización. En este sentido, una opción razonable para un paciente con clínica compatible con angina y síntomas leves sería descartar disfunción sistólica significativa y una enfermedad severa de tronco común o coronarias sin estenosis a través de una coronariografía no invasiva. También nos deja claro que, si un paciente va a coronariografía invasiva, sin estas pruebas de detección de isquemia, podemos utilizar la información del FFR o iFR para apoyar la decisión.

Tercero. Las recomendaciones de revascularización están basadas en una comparación con el tratamiento médico en dos apartados bien diferenciados: recomendaciones para aumentar la supervivencia y la revascularización para disminuir acontecimientos adversos cardiovasculares como el infarto de miocardio o la nece-

sidad de revascularizaciones urgentes. Precisamente, estas recomendaciones en la enfermedad multivaso fueron las que más controversia han generado, y han conducido al rechazo generalizado de esta recomendación por todas las sociedades de cirugía cardíaca mundiales. En esta versión de las guías (1) se ha producido una reducción de la recomendación de revascularización coronaria en pacientes con angina estable y enfermedad multivaso desde un nivel de recomendación I a IIb en pacientes sin enfermedad de tronco coronario y función ventricular preservada, y de I a IIa en caso de disfunción ventricular moderada, para la reducción de mortalidad. Los argumentos de las Sociedades de Cirugía Cardíaca es que esta modificación no está basada en suficiente evidencia actual, ya que existe extensa bibliografía que soporta el nivel I previo de esta recomendación de versiones previas de esta guía (1). No existe nueva evidencia que justifique esta modificación, y los autores sustentan esta modificación en los resultados del ISCHEMIA trial. Curiosamente, no ha habido una publicación del estudio ISCHEMIA que haya analizado los resultados del brazo quirúrgico, el cual está ampliamente infra representado, y representa menos del 26% de los pacientes revascularizados. El ISCHEMIA no analiza las diferencias entre el tratamiento percutáneo y quirúrgico, a pesar de evidencia fuerte de la existencia de diferencias entre ambas alternativas, y el seguimiento se limita a solo 3 años, donde los beneficios de la cirugía coronaria aún no son patentes. Se puede argumentar también que basar el cambio en las recomendaciones en el ensayo ISCHEMIA tiene fuertes limitaciones, ya que esta cohorte contaba con menos del 40% de pacientes con enfermedad de tres vasos, y solo el 36% tenían afectación de la descendente anterior proximal.

Cuarto. Importante destacar otro punto que generó importante controversia también en las guías de revascularización de la Sociedad Europea de Cardiología (5): la revascularización de la enfermedad del tronco común. En pacientes con enfermedad significativa del tronco común izquierdo, la cirugía se considera una opción clara para mejorar la supervivencia (clase 1/B-R), mientras que la ICP se considera una alternativa equivalente y razonable, pero el grado de recomendación es 2a. Estas recomendaciones tienen base en los ensayos clínicos de intervencionismo percutáneo frente a cirugía coronaria en enfermedad del tronco común, cuando las dos opciones son técnicamente aceptables. Las recomendaciones en el paciente diabético no son diferentes, ya que no se observó una interacción significativa en el paciente con diabetes en EXCEL (8).

En estas guías (1) se considera de forma elegante, varios escenarios clínicos: enfermedad coronaria estable, los síndromes coronarios agudos, el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca o disfunción ventricular. Una quinta consideración es que el documento no se

limita a las recomendaciones de realizar o no una revascularización o el tipo de procedimiento que se debería elegir de entrada. También se revisa de una manera general cual debe ser el tratamiento farmacológico óptimo que engloba cada una de las opciones: tratamiento conservador, intervencionismo percutáneo o cirugía. Esto nos recuerda que independiente del grado de especialización, el médico al cargo de un paciente coronario debe tener en cuenta el manejo de lípidos, el tratamiento anti-trombótico, los fármacos para la diabetes, los objetivos de presión arterial y, no menos importante, los cambios en el estilo de vida, con cualquiera de las recomendaciones de manejo inicial en sus pacientes.

COMPARACIÓN ENTRE LAS GUÍAS ESC Y ACC/AHA/SCAI

Independiente de pequeños detalles y las polémicas generadas por las recomendaciones en enfermedad de 3 vasos en un caso o la revascularización del tronco común en el otro, ambas guías mencionan la necesidad de una decisión compartida con el paciente, teniendo en cuenta

la relación riesgo/beneficio de las diferentes estrategias y que debe haber tiempo para que esta información sea asimilada por el paciente. En las dos guías se refuerza el papel del "Heart Team", formado por clínicos, cardiólogos intervencionistas y cirujanos cardiacos, con participación también de otros especialistas en casos concretos, para la discusión de casos más dudosos.

LOS MENSAJES PARA LA PRÁCTICA DIARIA

Como siempre, y tal y como viene reflejado en los diferentes documentos de las sociedades científicas, las guías de práctica clínica pretenden orientar, con base al balance beneficio-riesgo de cada estrategia, hacia la mejor opción terapéutica, pero las decisiones finales deben ser individualizadas y deben ser tomadas entre el médico responsable y el paciente.

La falta de apoyo generalizado de estas guías (1) a nivel mundial nos recuerda que debemos tomar estas recomendaciones con cautela, individualizando caso a caso, valorando las opciones que mejor se ajustan a un paciente concreto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Writing Committee Members, Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, Bates ER, Beckie TM, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jan 18;79(2):e21-129.
2. Sabik JF, Bakaeeen FG, Ruel M, Moon MR, Malaisrie SC, Calhoun JH, et al. The American Association for Thoracic Surgery and The Society of Thoracic Surgeons Reasoning for Not Endorsing the 2021 ACC/AHA/SCAI Coronary Revascularization Guidelines. *Ann Thorac Surg.* 2022 Apr;113(4):1065-8.
3. Myers PO, Beyersdorf F, Sadaba R, Milojevic M. European Association for Cardio-Thoracic Surgery Statement regarding the 2021 American Heart Association/American College of Cardiology/Society for Cardiovascular Angiography and Interventions Coronary Artery Revascularization guidelines. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2022 Mar 29;ezac060.
4. <http://latamlaces.org/news/institutional/highlighted/letter-behalf-laces-and-its-board-directors-regarding-recently>. Visitado 10/abril/2022
5. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, Bangalore S, O'Brien SM, Boden WE, et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med.* 2020 Apr 9;382(15):1395-407.
6. Neumann F-J, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J.* 2019 Jan 7;40(2):87-165.
7. Stone GW, Kappetein AP, Sabik JF, Pocock SJ, Morice M-C, Puskas J, et al. Five-Year Outcomes after PCI or CABG for Left Main Coronary Disease. *N Engl J Med.* 2019 Nov 7;381(19):1820-30.
8. <https://www.eacts.org/changing-evidence-changing-practice/>. Visitado 10/abril/2022
9. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 Sep 7;42(34):3227-337.