

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

BOLETÍN No. 41

Juan Karlo Urrea Zapata, MD

“Detección de enfermedad coronaria en pacientes asintomáticos de bajo riesgo cardiovascular: no hay beneficio”

CARDIAC SCREENING WITH ELECTROCARDIOGRAPHY, STRESS ECHOCARDIOGRAPHY, OR MYOCARDIAL PERFUSION IMAGING: ADVICE FOR HIGH-VALUE CARE FROM THE AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

Roger Chou, MD, for the High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Cardiac Screening with Electrocardiography, Stress Echocardiography, or Myocardial Perfusion Imaging: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015; 162:438-447. doi:10.7326/M14-1225

El High Value Care Task Force del Colegio Médico Americano aporta este papel que aunque no es una revisión sistemática de la literatura, muestra la importancia del costo en la realización de paraclínicos en pacientes asintomáticos considerados de bajo riesgo para eventos cardiovasculares. La población que se discute aquí es:

- Asintomáticos
- De bajo riesgo para eventos cardiovasculares a 10 años establecido como un score de Framingham < 10%, o un score del panel de colesterol 2013 < 5%.
- Como ejemplo de este tipo de pacientes están casi todas las mujeres no diabéticas en cualquier rango de edad, sin factores de riesgo cardiovascular ó mujeres menores de 60 años con 1 o 2 factores de riesgo u hombres menores de 55 años sin factores de riesgo. Para poner en contexto, se establecen como factores de riesgo: colesterol total > 200mg/dL, HDL < 40 hombres ó 50 en mujeres, tabaquismo activo, e hipertensión arterial.

No se incluyeron niños o adolescentes, antes de participación en atletas de alta competencia, valoración preoperatoria, electrocardiograma como monitorización de medicaciones, o en la evaluación de síntomas sugestivos de isquemia miocárdica.

¿Cuál es la recomendación basada en evidencia para el uso de exámenes cardiológicos en adultos asintomáticos y cuál podría ser el beneficio o daño?

En las diferentes guías y recomendaciones basadas en evidencia, no se recomienda la realización de ningún examen cardiológico diferente al examen físico general en pacientes asintomáticos de bajo riesgo cardiovascular. Incluso, no se recomienda realizar electrocardiograma como prueba de detección de anormalidad. Esta recomendación no incluye la presencia de hipertensión arterial en donde como factor de riesgo, se recomienda un electrocardiograma al menos cada 5 años.

Incluso las mismas guías no recomiendan el uso rutinario de ergometría, eco de estrés o perfusión miocárdica en este grupo de pacientes. Incluso considera no solamente un procedimiento sin costoefectividad sino que incluso si se evalúa la perfusión miocárdica sola, se está incurriendo en una posible iatrogenia dado que la irradiación que se recibe en este estudio es 2 veces la proporcionada por una TAC de abdomen.

Además, un resultado anormal en cualquiera de estas pruebas de documentación isquemia, daría aproximadamente un 1% de probabilidad de terminar con alguna intervención percutánea. Aquí se cita el ejemplo de estudio CASS (Coronary Artery Surgery Study) donde pacientes con dolor torácico leve 40% de los hombres y 24% de las mujeres tenían enfermedad aterosclerosa coronaria, y de estos, 3% en hombres y 0,6% en mujeres tenían enfermedad de tronco izquierdo (> 50%), tronco equivalente, o 3 vasos; y esto era en pacientes levemente sintomáticos, que al extrapolar los datos a este grupo de pacientes es muy probable que el impacto en morbilidad de encontrar este tipo de enfermedad va a ser muy bajo.

Se plantea incluso la tasa de complicaciones derivadas de los procedimientos con arteriografía en este grupo de pacientes con beneficio marginal en sobrevivida.

Entonces porqué se solicitan estudios no indicados en este grupo de pacientes

La respuesta es variada, desde el susto de qué pasa si no se solicita ningún estudio cardiaco, hasta la mal llamada “práctica médica defensiva” ante la solicitud del paciente de estudiar alguna anomalía. Hoy no hay ningún estudio de costoefectividad que indique si es prudente o necesario solicitar algún estudio cardiaco en este grupo de pacientes. Sin embargo se insiste en individualizar los casos, las comorbilidades, incluso los antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana en familiares de primer grado de consanguinidad.

Conclusión

No hay una evidencia que los estudios de diagnóstico cardiaco como electrocardiograma, Eco de estrés, o medicina nuclear (perfusión) en pacientes de bajo riesgo cardiovascular de eventos, mejoren los desenlaces cardiovasculares y si se asocian a un aumento en el costo y posibles daños iatrogénicos como resultado de su anomalía. Se recomienda enfocar más el espectro de la prevención a aplicar juiciosamente las escalas de riesgo cardiovascular diseñadas para estratificar los pacientes en prevención primaria, y centrarse en tratar de controlar adecuadamente los factores de riesgo acompañado de conductas sanas en el estilo de vida.

Considero que la revisión merece dar la importancia de los estudios innecesarios en un sistema de salud que puede tener una labilidad importante por las falencias y corrupción que maneja. El grano de arena que aportamos los médicos es a realizar un cuidado muy centrado en los paraclínicos de poco rendimiento en el grupo de pacientes asintomáticos de bajo riesgo. Cabe decir que todas las escalas de riesgo utilizadas no tiene población latina, y la validación de Muñoz y colaboradores en Colombia demostró que la aplicación del score de Framingham x 0,75 (factor) si es menor del 10% podría considerarse no de alto riesgo.

Referencia:

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.