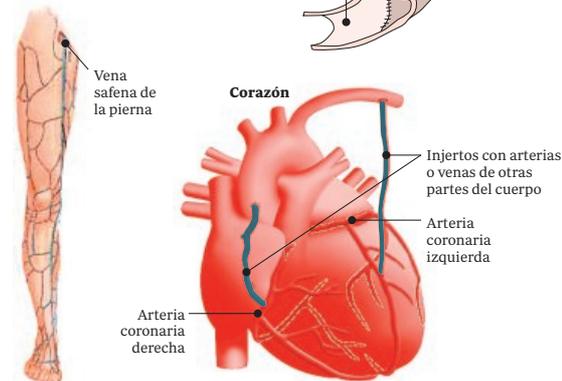


Dos tratamientos muy distintos para «desatascar» una arteria

■ Bypass

Consiste en tomar una arteria sana o una vena de otra parte del cuerpo, como una pierna, para sortear la arteria coronaria bloqueada y crear así una nueva ruta por la que fluya la sangre. Al contrario que con el stent, esta opción obliga a pasar por el quirófano

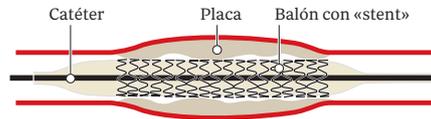


Fuente: The New England Journal of Medicine

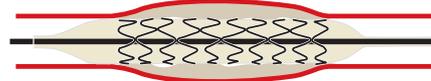
■ Intervención con «stents»

1 El cardiólogo inserta un catéter (un tubo) en la arteria principal hasta alcanzar la arteria coronaria que está bloqueada y donde se interrumpe el flujo sanguíneo

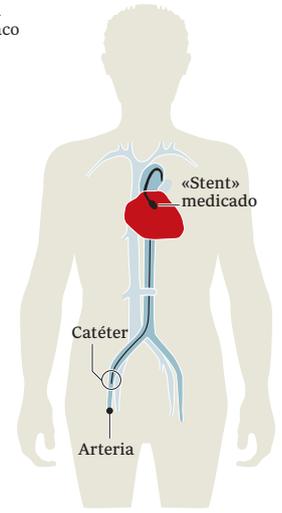
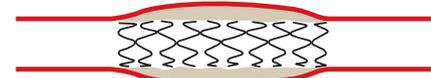
2 Al final del catéter hay un pequeño balón con una pequeña malla de acero inoxidable («stent») recubierto de un fármaco antiinflamatorio



3 Cuando se alcanza la zona bloqueada el balón se infla y ensancha el interior de vaso sanguíneo, mejorando la circulación



4 Al retirar el balón, la malla se queda en el interior de la arteria para garantizar que el vaso se mantenga abierto y circule la sangre



ABC

Un estudio revela que el bypass es más eficaz para tratar arterias obstruidas

► La investigación, liderada por Fuster, aboga por «resucitar» la cirugía como primera opción frente a los «stents»

RAFAEL IBARRA
MADRID

Lo más agresivo no es siempre la peor opción; a veces, tratamientos conservadores, más coste-efectivos a corto plazo, son más caros, tanto en términos económicos como en los más importantes, en mortalidad y calidad de vida. Ahora, el primer gran estudio que ha comparado la efectividad de los dos procedimientos más empleados para la enfermedad cardiovascular, la cirugía de revascularización coronaria con bypass, más agresiva, y la alternativa más conservadora que evita pasar por el quirófano, la intervención coronaria percutánea con mallas de acero (stent), parece demostrar que, en el caso de pacientes de diabetes y enfermedad coronaria multivasa —varias arterias afectadas—, la cirugía es más eficaz.

El trabajo, que se presenta en la Reunión Anual de la Asociación Americana del Corazón y se publica en The New England Journal of Medicine, supone, en palabras de su autor, Valentín Fuster, director del Centro Nacional de In-



Valentín Fuster
«Pueden cambiar las recomendaciones terapéuticas para miles de individuos»

vestigaciones Cardiovasculares (CNIC), «la resucitación de la cirugía cardíaca», porque puede «cambiar las recomendaciones terapéuticas para miles de individuos con diabetes y enfermedad coronaria». De la misma opinión es Gary H. Gibbons, director del Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre (NHLBI) de EE.UU.: «Los resultados confirman que la cirugía con bypass es, en términos generales, una mejor opción terapéutica para personas con diabetes y enfermedad coronaria multivasa. Por tanto, pueden ayudar a prevenir eventos cardiovasculares como ataques cardíacos o muertes entre estos pacientes».

Fuster va más lejos. «No sólo en los pacientes con diabetes debemos ofrecer la cirugía; también en aquellos enfermos cardiovasculares complejos, que

tienen enfermedad multivasa, aunque no sean diabéticos, como ya habían sugerido algunos estudios preliminares».

Entre el 25 y el 30% de los pacientes que requieren cirugía con bypass o un stent padecen conjuntamente enfermedad coronaria multivasa y diabetes. Sólo en España se calcula que hay cuatro millones de personas con diabetes y en 2010 fallecieron 35.259 personas por patologías isquémicas del corazón.

Estudio con 1.900 pacientes

La revascularización coronaria con bypass es un procedimiento más agresivo que en los últimos años ha perdido terreno ante la intervención coronaria percutánea con stent, menos invasiva. En el primero, los cirujanos intentan mejorar el flujo sanguíneo hacia el músculo cardíaco usando una arteria sana o una vena de otra parte del cuerpo para eludir la arteria coronaria bloqueada. En el segundo caso, las arterias bloqueadas se abren desde dentro con un globo que se infla, se inserta una pequeña malla, conocida como stent, que mantiene la arteria abierta, de forma que la sangre continúa fluyendo.

En el estudio han participado 140 centros médicos de 16 países, incluidos seis hospitales españoles, y 1.900 adultos con diabetes y enfermedad coronaria con estrechamiento en varios vasos sanguíneos, pero no en la arteria coronaria izquierda principal, que requiere tratamiento inmediato con cirugía con bypass. El tipo de stent que se utilizó,



denominado stent recubierto de fármacos, está rodeado de un medicamento que se libera lenta y continuamente para prevenir que la arteria abierta se vuelva a bloquear. Según la Fundación Española del Corazón, en España se colocan al año más de 100.000 stents, de los que entre el 20% y el 25% se realiza tras un infarto de miocardio.

Para Fuster, los resultados del trabajo son «espectaculares»: a los cinco años los pacientes con bypass presentaban menos efectos adversos y mejores tasas de supervivencia que aquellos con stent. En concreto, explicó a ABC, la cifra de ictus, ataques cardíacos o muerte era del 18,7% en los tratados con cirugía con bypass, mientras que en el otro grupo era del 26,6%. Y aunque admite que el número de ictus fue ligeramente más habitual en el grupo sometido a cirugía, recuerda que este es un riesgo muy conocido de la cirugía con bypass. Sin embargo, apunta, hubo más fallecidos por cualquier causa en el grupo de la PCI (un 16,3%) que en el del CABG (un 10,9%).

Pero la decisión ante una enfermedad coronaria de múltiples vasos es compleja. Los stents han demostrado gran eficacia y hasta ahora se esgrimían los costes de la cirugía como factor determinante en la elección. Pero, según Fuster, «la decisión puede ser más sencilla ahora, ya que la cirugía ha demostrado no solo ser más eficaz, sino también más coste-efectiva a largo plazo».

Una decisión difícil

La decisión entre una técnica u otra está, en muchas ocasiones, en manos del paciente. Y esto, para Valentín Fuster, puede ser un grave error. «Si se quiere vivir más tiempo, ésta es una decisión equivocada», señala el director del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC). Recuerda Fuster que en más de la mitad de los pacientes con estas características se emplea la técnica menos agresiva. A su juicio, los resultados de este trabajo, junto con otras investigaciones previas, demuestran que «a menos que haya algo que lo impida, la cirugía con bypass debe ofrecerse siempre como primera opción». La calidad de vida, las probabilidades de estar libre de enfermedad y el hecho de que es más coste-efectivo a largo plazo inclinan la balanza de la efectividad terapéutica a favor de la cirugía con bypass. «Ya no hay excusas para no utilizar la cirugía», concluye.