Resultados a 5 años del Estudio CORONARY

Juan Carlos Bahamondes

*Servicio de Cirugía Cardiovascular. Centro Cardiovascular. Hospital Regional Temuco
Departamento de Cirugía. Universidad de La Frontera Temuco. Chile
En representación de CORONARY Study Group CHILE*

Recibido el 26 de septiembre 2017 / Aceptado 26 de octubre 2017

Rev Chil Cardiol 2017; 36: 283 - 284

Sr. Editor,

La cirugía coronaria reduce el riesgo de muerte en pacientes con enfermedad coronaria extensa y habitualmente se realiza con el uso de circulación extracorpórea (CEC). La mortalidad perioperatoria es aproximadamente 2% y existe un riesgo de 5 a 9% que los pacientes desarrollen infarto miocárdico, accidente cerebral o insuficiencia renal que requiera diálisis. Estos efectos adversos están parcialmente relacionados al uso de CEC y al clampeo de la aorta. La técnica quirúrgica sin el uso de bomba y con el corazón latiendo fue desarrollada para disminuir el riesgo de estas complicaciones y para mejorar los resultados a largo plazo¹.

El estudio CORONARY incluyó 4.752 pacientes de 19 países, su diseño fue randomizado, ciego, controlado, con criterios de inclusión claros y reproducibles. Posterior al consentimiento informado se efectuó la cirugía coronaria aislada con esternotomía media. Los pacientes debían tener uno de los siguientes factores de riesgo: edad de 70 años o más, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebro vascular, estenosis carotídea igual o superior al 70% o insuficiencia renal. Pacientes entre 60 y 69 años fueron elegibles con uno de los siguientes factores de riesgo: Diabetes en tratamiento con hipoglicemiantes o

insulina, necesidad de revascularización urgente después de un síndrome coronario agudo, fracción de eyección de ventrículo izquierdo menor o igual a 32% o historia de tabaquismo en el año previo a la vascularización. Los pacientes entre 55 y 59 años fueron elegibles cumpliendo con al menos dos de los factores mencionados anteriormente. Para asegurar que los cirujanos fueran competentes en la técnica asignada, se utilizó una selección de un estudio controlado, randomizado y basado en expertos. De esta forma, cada procedimiento fue realizado por un cirujano con experiencia en un tipo específico de cirugía para el que el paciente fue seleccionado. La experiencia fue definida como más de dos años de práctica después de su entrenamiento en cirugía cardíaca y haber realizado más de cien casos en la técnica correspondiente o, en casos puntuales, cumplir estos requisitos en ambas técnicas. Cirujanos en proceso de formación fueron excluidos del estudio^{1,2,3}.

El seguimiento fue presencial o mediante contacto telefónico a 30 días, al año y anualmente por cinco años. Si el paciente comunicaba algún evento, este era documentado por el cirujano. Los resultados primarios, evaluados a 30 días post operatorios y a un año, fueron un compuesto de mortalidad, infarto miocárdico no fatal, accidente cerebro vascular no fatal e insuficiencia renal

Correspondencia:

Dr. Juan Carlos Bahamondes S.
Cirujano Cardiovascular. Servicio de Cirugía Cardiovascular
Hospital Regional Temuco
jcbahamondes@gmail.com

que requirió diálisis a treinta días después de la randomización. Lo mismo se evaluó respecto de resultados secundarios, agregándose la evaluación de la necesidad de una segunda revascularización percutánea o quirúrgica al final de estudio. La mortalidad dentro de los primeros treinta días se consideró de causa cardiovascular. La calidad de vida se evaluó con escala análoga visual en cinco dimensiones y se realizaron test neurocognitivos antes de la cirugía y al alta, a los treinta días y al año. Además, se realizó un análisis económico para comparar ambas técnicas. Se consideró como premisa que la cirugía coronaria sin CEC sería de igual costo o más económica que la cirugía con CEC^{1,2,3}.

Los resultados a treinta días y a un año demostraron que el resultado primario, (muerte, infarto al miocardio, ACV o insuficiencia renal que requiera diálisis) ocurrió en número similar de pacientes en cada grupo, si bien existió una tendencia a mayor necesidad de repetir la revascularización (percutánea o quirúrgica) en la técnica sin CEC, que no fue estadísticamente significativa^{1,2,3}. De forma similar, los resultados a 5 años mostraron

que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el resultado compuesto (23.1% y 23.6%, respectivamente; hazard ratio sin CEC, 0.98; 95% CI, 0.87 A 1.10; P=0.72). Una nueva revascularización coronaria fue necesaria en el 2.8% de los pacientes sin CEC y en 2.3% de los pacientes en el grupo con CEC (hazard ratio, 1.21; 95% CI, 0.85 a 1.73; P=0.29). Para todo el periodo de seguimiento, el costo promedio en dólares por paciente tampoco difirió en forma significativa entre ambos grupos (\$15,107 and \$14,992, respectivamente; diferencia intra grupo, \$115; 95% CI, \$697 a \$927). No hubo diferencias en las mediciones de calidad de vida a 5 años^{1,2,3}.

En nuestro país, el grupo de Cirugía Cardiovascular del Hospital Regional de Temuco proporcionó 120 pacientes al estudio, situándose como el quinto país con la mayor cantidad de pacientes randomizados durante el periodo. Los resultados locales fueron similares a los descritos en el estudio global, demostrándose que en Chile la técnica de cirugía coronaria sin CEC es tan segura como la técnica standard.

Referencias

1. LAMY A., DEVEREAUX P.J., PRABHAKARAN D., et al Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting at 30 Days. April 19, 2012. N Engl J Med 2012; 366:1489-149
2. LAMY A., DEVEREAUX P.J., PRABHAKARAN D, ET AL Effects of Off-Pump and On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting at 1 Year. March 28, 2013. N Engl J Med 2013; 368:1179-1188
3. LAMY A., DEVEREAUX P.J., PRABHAKARAN D., ET AL. Five-Year Outcomes after Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting. December 15, 2016. N Engl J Med 2016; 375:2359-2368.