

Sr. Director:

Hace pocos días reiteramos la satisfacción de asistir al Acto Académico de nuestra Sociedad.

Como resulta ya tradicional, un nutrido grupo de jóvenes colegas se incorpora a cada uno de los estamentos societarios, aportando su esfuerzo, calidad y entusiasmo para el progreso de una institución que ha logrado un relieve y trascendencia que jamás hubiéramos soñado hace no muchos años.

También, como corresponde a toda empresa pluralista y democrática, se produjo el natural cambio de autoridades. Esta modificación resulta más de forma que de fondo, ya que también es tradicional la continuidad de "ideas fuerza" fundamentales.

Tuvimos además oportunidad de escuchar medulosos mensajes del Presidente saliente Dr. José Martínez Martínez y del entrante, Dr. Juan Krauss.

No puedo sino compartir la mayoría de las expresiones vertidas, aunque no sería leal conmigo mismo si no me permitiera una breve reflexión sobre uno de los temas tratados por el Dr. José Martínez Martínez.

Independientemente de su ponderada gestión al frente de la SAC, con un enfoque de política societaria que se puede compartir o no, quisiera limitarme a considerar un aspecto relacionado con la educación médica. Ello es así porque en ocasión del último Congreso Argentino de Cardiología fuimos invitados para discutir un consenso que generó un amplio, profundo y fundamental debate con vistas al futuro. Pienso que el tema aún debería continuar en el ámbito del diálogo íntimo, pero la inesperada expresión pública y con visos de "postura oficial" obliga a instalarlo en la consideración general.

El Sr. Presidente manifestó que la residencia en Cardiología constituye el *único* medio para acceder al título de médico cardiólogo. Al igual que lo hiciera en la citada reunión, creo necesario explicar mi tenaz oposición a un cambio de adjetivación nada menor.

La residencia en Cardiología no debiera ser el *único*, aunque sí el *mejor* camino para ser cardiólogo.

Desde siempre he sostenido que es nuestra obligación hallar todos los caminos posibles para que aquel joven colega que desee incorporarse al mundo cardiológico pueda hacerlo, con la sola condición del respeto a pautas éticas y acreditar suficiente capacitación.

Así como la residencia constituye el medio ideal, para quien no pudiera acceder al sistema por razones justificadas, resulta necesario ofrecer vías alternativas.

Se dirá (con razón) que históricamente muchas "conurrencias" no han sido ni lo estrictas ni lo formativas que hubiéramos deseado. ¿Pero acaso lo fueron *todas* las residencias? Afortunadamente, el desarrollo ha sido favorable y la mayoría de las instituciones del sistema cumplen hoy adecuadamente su misión.

Nadie sostiene una alternativa "más fácil" sino, por el contrario, una exigencia mayor. Más horas en el hospital, mayor número de guardias, exámenes más rigurosos o cualquier otra condición que estructure a la concurrencia como eventualidad *no deseable*, pero *posible*.

En fin, propongo que mediante un amplio debate, la formación del cardiólogo no se involucre con temas como el interés corporativo de disminuir el número de especialistas, "conducir" su formación o cualquier otra alternativa dirigida a limitar el acceso al conocimiento antes que a jerarquizarlo.

No puedo sino compartir la idea sobre el exceso de médicos en general y en nuestra especialidad en particular. Este es otro tema que se debería discutir en el ámbito pertinente (universitario, legislativo, etc.). En cambio, una vez elaborado el "producto", debemos colaborar en su mejor formación sin cortapisa alguna. Por otra parte, esta clase de limitación aparece ingenua, ya que aun hoy una sustancial masa de pacientes cardíacos se halla a cargo de no especializados (aumentaría el porcentaje).

Por último, el sistema único a través de la residencia sería doblemente discriminatorio. La posibilidad de acceder se limita al número de vacantes sin relación alguna (ya que es inelástica) con la cantidad de aspirantes y lo que es aun peor, los que determinan el número de vacantes tendrían la "llave" para regular el acceso a la cardiología a *piacere*. Ni qué decir que la situación económica o el negocio médico (ambos conspiran contra la educación) adquirirían una preeminencia hasta ahora acotada por el esfuerzo docente de muchas generaciones.

En síntesis, me impresiona que el tema que hoy nos ocupa es interesante y trascendente, condiciones suficientes para incorporarlo al temario de nuestras reuniones científicas. Mientras el grupo encargado de elaborar el consenso cumple su labor, sugiero sustraer de la discusión pública un aspecto tan caro al fin último de la SAC, la formación del cardiólogo.

Atentamente,

Dr. Carlos A. Bertolasi

ESMUCICA y CONAREC III

Los resultados de la reciente publicación del ESMUCICA (1) parecen contraponerse a los difundidos por el CONAREC III (2) en torno de la mortalidad de la cirugía coronaria en nuestro país. La mortalidad global de esta cirugía según el ESMUCICA resultó ser de un orden 2 veces menor que la publicada en 1996 por el CONAREC III ($p < 0,001$). Sin duda, la confrontación de estos dos trabajos multicéntricos generará un interesante conjunto de especulaciones e ideas para el análisis ulterior.

De acuerdo con lo manifestado por los autores del ESMUCICA, esta investigación se emprendió en parte como consecuencia y respuesta a los resultados previos del estudio CONAREC III. A pesar de ello, las buenas intenciones que puedan tener quienes quieran confrontar los resultados de ambos trabajos se enfrentarán al sesgo que se genera de la comparación de dos poblaciones no homogéneas entre sí. Aunque la metodología empleada en el informe del ESMUCICA parecería estar fuera de discusión, una deficiencia subsanable de este trabajo es la falta de comparación de sus propios resultados aplicando el método del CONAREC III.

Adicionalmente, los autores del ESMUCICA deberían haber aplicado el puntaje de riesgo del CONAREC III para predecir su mortalidad por grupo y poder así comparar la variación en los resultados obtenidos. Además, para cotejar las mortalidades globales de estos dos estudios se debería contar también con la distribución de frecuencias por puntajes de acuerdo con el puntaje del CONAREC III. Por su parte, los investigadores del ESMUCICA han empleado el modelo de ajuste de riesgo de Parsonnet para comparar sus resultados. Existe una clara ventaja en el uso de estos puntajes validados internacionalmente, y ésta es justamente la posibilidad de confrontar los datos locales con los extranjeros. El uso exclusivo de un puntaje regional equivaldría a aislar nuestra información del contexto mundial. Como los propios autores lo manifiestan (pág. 613), los modelos de predicción de riesgo se deberían ajustar periódicamente con el fin de mantenerse razonablemente válidos, ya que las condiciones de la práctica pueden variar con el tiempo. Desde este punto de vista, el puntaje de Parsonnet (3) fue propuesto una década atrás, lo que de alguna forma lo deprecia como modelo apto para uso actual. En principio, este puntaje tiende a sobrestimar el riesgo esperado y, tal vez, algunos modelos más recientes como el PACCN (Provincial Adult Cardiac Care Network de Ontario) (4) podrían ofrecer una comparación más atinada.

El anuncio de los organizadores del ESMUCICA

de la puesta en marcha del ESMUCICA II que incluirá un número mayor de centros quirúrgicos lleva a una reflexión adicional. Justamente, una de las causas que podrían justificar los resultados desiguales entre el CONAREC III y el ESMUCICA es la selección de los centros quirúrgicos. Mientras que el ESMUCICA incluyó sólo 4 centros locales, el CONAREC abarcó 41 servicios de todo el país. ¿Esta diferencia de población justifica la disparidad de resultados? En el estudio del CONAREC III, ¿cuál es la mortalidad proporcional de estos 4 centros incluidos en el ESMUCICA? Este subanálisis del CONAREC III, teniendo en cuenta la distribución proporcional por riesgo preoperatorio, junto con el análisis de los resultados futuros del ESMUCICA II, podrán responder a esa pregunta. Y si fuera tal la desproporción de los resultados quirúrgicos entre los centros incluidos, ¿se justificaría la regionalización de la cirugía coronaria a los servicios con mejores resultados? La idea de regionalización de la patología quirúrgica compleja es un tema de plena actualidad en la atención médica organizada y se basa sobre la centralización de las prácticas quirúrgicas en un limitado número de centros. (5) De cualquier forma, las variables para considerar en la regionalización de una práctica médica no deberán limitarse meramente a los mejores resultados de esa *praxis* sino también a la facilidad del acceso geográfico para la población, a la reducción de costos y a la elección personal del paciente. Sin duda, la divulgación de los resultados quirúrgicos de los diferentes centros planteará tanto dilemas científicos como éticos y sólo podrían considerarse dentro de una sociedad médica madura y con mayor sentido social.

BIBLIOGRAFIA

1. Investigadores ESMUCICA. Estudio multicéntrico de cirugía cardíaca. Pacientes coronarios. Rev Argent Cardiol 1999; 67: 605-616.
2. Ciruzzi M, Aranda G, Bozovich G y col. CONAREC III. Predicción del riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes sometidos a cirugía coronaria. Rev Argent Cardiol 1996; 64: 79-90.
3. Parsonnet V, Dean D, Bernstein AD. A method of uniform stratification of risk for evaluating the results of surgery in acquired adult heart disease. Circulation 1989; 79: 13-112.
4. Tu JV, Aglal SB, Naylor CD and the Steering Committee of the Provincial Adult Cardiac Care Network of Ontario. Multicenter validation of a risk index for mortality, intensive care unit stay and overall hospital length of stay after cardiac surgery. Circulation 1995; 91: 677-684.
5. Grumbach K, Anderson GM, Luft HS y col. Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada. Geographic access, choice and outcomes. JAMA 1995; 274: 1282-1288.

Dr. Raúl A. Borracci

Marcapasos, desfibriladores y el medio electromagnético. Las probables interacciones con mecanismos electrónicos de vigilancia no deben ser causa de ansiedad para los pacientes

Recientemente, la seguridad del medio electromagnético ha sido cuestionada por la probable interferencia de los sistemas electrónicos de vigilancia —encontrados en shoppings, supermercados, librerías y bibliotecas— con dispositivos médicos implantados como por ejemplo marcapasos y desfibriladores cardíacos internos.

El año pasado, la Food and Drugs Administration (FDA) emitió una comunicación dirigida a los médicos considerando la posible interferencia entre los dispositivos médicos implantables y los sistemas de vigilancia electrónica. Aunque algunas interacciones han sido reportadas durante los últimos 10 años, la FDA concluye que es improbable que estas interacciones causen síntomas clínicamente significativos, y que, además, no han ocurrido ni eventos graves ni muertes.

Hallazgos similares han sido reportados por la Agencia Británica de Dispositivos Médicos al inicio de este año. La Sociedad Europea de Cardiología y

la Sociedad Asiático-Pacífica de Cardiología han publicado afirmaciones similares considerando este tema en los diarios de comunicación dirigidos a sus asociados, también en 1999, enfatizando que "no ha habido ningún riesgo adicional para los pacientes portadores de estos dispositivos", y que no hay razón para "generar una ansiedad que es innecesaria para estos pacientes".

Los médicos simplemente deben aconsejar a sus pacientes pasar a través de estos sistemas caminando a paso normal. Los pacientes también deben ser advertidos con referencia a que estos sistemas pueden estar colocados en lugares que no sean fácilmente visibles, como por ejemplo entradas o salidas. Los pacientes deben entrar en contacto con el hospital en donde el dispositivo fue colocado si sospechan cualquier cambio en la función y/o alteración de su implante.

Mario F. de Camargo Maranhão

Profesor de Cardiología de la Facultad
Evangélica de Medicina
Curitiba, Brasil
Presidente Electo de la Federación
Mundial de Cardiología