

Algunos comentarios a la carta del Dr. Zefferino

La carta que el Dr. Zefferino publicada en el número anterior es completamente comprensible. Pone el centro del problema donde debe ser: los pacientes deben ser reperfundidos lo antes posible y el método que utilicemos debe ser el más adecuado (dígase el mejor) para cada oportunidad.

Este simple razonamiento pone en el tapete algunos temas especialmente relevantes en nuestro medio:

1. Los tiempos. Todos tenemos la certeza que la angioplastia primaria es efectiva en reducción de mortalidad cuando es temprana. Manejamos el concepto de que no puede demorarse más de 90 minutos en su implementación y así ha sido pautado correctamente en el Consenso Uruguayo. Sin embargo uno ve con frecuencia que este tiempo no es respetado. ¿Motivos? Múltiples: demora en el traslado interhospitalario, demora en el tiempo puerta-balón, sala de hemodinamia no disponible. Todo ello revela un desconocimiento de parte de los actores de que "el tiempo es músculo". Obsérvese que en el registro RENATIA el tiempo promedio "puerta-aguja" fue de 79.6 minutos y el "aguja-balón" de 17.8 minutos. Con estos datos es obvio pensar que una buena proporción de nuestros pacientes no fue tratado en esos primeros 90 minutos luego de su consulta médica.
2. La calidad del trombolítico usado. La eficacia de los trombolíticos ha sido evidenciada a través de trials donde se utilizaron productos de probada calidad en cuanto a su origen. Es legítimo preguntarse si los fármacos que usamos en nuestro país son de la misma efectividad. Sabemos todos que se han generado cuestionamientos a algunas estreptoquininas en cuanto a su real actividad trombolítica.

Por otra parte el Dr. Zefferino hace referencia al tema costo-efectividad. El estudio GUSTO mostró una reducción neta de mortalidad entre la estreptoquinasa y el tPA de 1%. Es poco y el tPA es bastante más caro. Sin embargo yo le preguntaría a ese paciente que recibió tPA y que tuvo la

suerte de estar en ese 1% a ver qué opina sobre ese beneficio marginal.

3. ¿No será este el momento de combinar los beneficios de ambos métodos, el químico y el mecánico? Luego de la jornada de Infarto que realizamos en el Hospital de Clínicas hay efectivamente un sentir general de que es la hora de plantearlo. Es más, veo confluir a los más diversos actores en el concepto que se hace necesario un Programa Nacional de Infarto, que no solamente concuerde pautas de manejo sino logre mejor administración de los recursos. Como muestra de esta realidad es que en la SUC, con nuestro Servicio Universitario y varios actores principales vinculados a este tema, nos estamos reuniendo en aras de lograr este avance.

La propuesta que hizo en esa jornada el Servicio del Hospital de Clínicas intentó plasmar algunas de estas cuestiones. No es una propuesta demasiado original. Es una versión ligeramente modificada de la pauta actual de la Sociedad Europea de Cardiología.

La propuesta es tan sencilla como esto: hay que reperfundir a todos los pacientes si están en las primeras 12 horas de evolución.

¿Cómo? Con angioplastia si esta se puede hacer en los 90-120 minutos siguientes (y cuanto antes mejor).

Si este tiempo límite no es posible lograrlo, trombolíticos.

¿Cuál? El mejor posible, y para ello tendremos que apelar a todas las ventajas de negociación que un Programa Nacional de Infarto implica. Si se compra al "por mayor" todos sabemos que podemos lograr mejores condiciones.

Si optamos por trombolíticos, la propuesta plantea hacer un estudio angiográfico y eventual angioplastia en las siguientes 24 horas. Este puede ser un tema debatible. La pauta de la Sociedad Europea de Cardiología así lo plantea y se basa en evidencia de estudios clínicos realizados recientemente. Es justo de mi parte decir que la evidencia disponible no está basada en estudios de grandes dimensiones y que por otra parte cuesta un poco plantear la indicación sistemática de realizar a todos los pacientes estudio angiográfico de ur-

gencia. Quizás haya que seleccionar para esta alternativa a los pacientes de mayor riesgo (el estudio TRANSFER-AMI recientemente publicado lo planteó así).

En definitiva, los comentarios del Dr. Zefirino me parecen todos sumamente oportunos y son una manifestación más de que muchos entendemos que debemos hacer algo más por nuestros pacientes que sufren un Infarto. Esto incluye necesariamente la universalidad de la reperfusión con uno u otro

método (me encantaría decir la obligatoriedad), la uniformización de las pautas de manejo y la mejor utilización de los recursos.

Ricardo Lluberas

Profesor de Cardiología
Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina,
UDELAR. Montevideo, Uruguay
Cardiólogo Intervencionista. Instituto de
Cardiología Intervencionista (INCI). Casa
de Galicia