

# Angioplastia uruguaya: ¿ciencia ficción?

Montevideo, invierno de 2015. Un individuo de 45 años se despierta con un dolor torácico opresivo en el centro de la cara anterior del tórax. Está pálido, un sudor frío recorre todo su cuerpo, y tiene la certeza paralizante de que se va a morir.

Su esposa llama a una unidad de emergencia pre-hospitalaria (UEPH), que arriba a su domicilio a los 15 minutos de haber sido convocada; habían transcurrido 60 minutos desde que la plancha estaba instalada en su corazón...y en su alma.

El médico de la UEPH interpreta el cuadro clínico como un síndrome coronario agudo (SCA), y solicita a los paramédicos que realicen un ECG. El mismo revela una elevación extensa del segmento ST en la cara anterior (V1 a V6). Con este diagnóstico, el médico carga los datos en la tableta electrónica, la cual devuelve la estrategia terapéutica más adecuada, de acuerdo a un programa, otrora muy resistido, liderado por la Sociedad Uruguaya de Cardiología (SUC), conocido como PIAM. Las directivas son muy claras: coloque una máscara de oxígeno, administre 160 mg de AAS masticable, asegure un acceso venoso, monitoree al paciente e inicie su traslado, sin demora, al Centro de Cardiología Intervencionista (CCI) más cercano (el programa cuenta con un sistema GPS que ubica el CCI más próximo). A los 80 minutos de iniciado el cuadro se inicia el traslado, arribando en el minuto 100. En el minuto 120 el diagnóstico se confirmaba, un gran trombo ocluía proximalmente la arteria descendente anterior. El cardiólogo intervencionista solicita un catéter para aspirar el trombo, maniobra esencial para evitar que se fragmente y migre distalmente, situación que produciría una complicación difícil de resolver. La circulante responde que no hay tal catéter en stock dado que la empresa que los proveía se había retirado del mercado. El médico meneó la cabeza con gesto de desaprobación, al tiempo que atravesaba el trombo con una guía, maniobra que restableció parcialmente el flujo coronario distal. Indicó la administración de un medicamento conocido en forma genérica como inhibidor de la glicoproteína IIb IIIa, con el objetivo de reducir la carga de los fragmentos resultantes del trombo original. Acto seguido, una vez calibrada la lesión coronaria culpable subyacente, solicita un stent de 30 mm, a lo cual la circulante contesta que de esa medida no se dispone más. La única empresa que provee stents en Uruguay no cuenta con ese modelo; lo más próximo es uno de 28 mm o uno de 32 mm. Se decide implantar el de 32 mm, bajo el precepto de las Nuevas Guías Nacionales de Revascularización Miocárdica que establecen que *“es mejor que sobre y no que falte”* (clase I, nivel de evidencia Curuguaya).

El resultado fue casi bueno. Luego de la medicación adyuvante habitual, pasa a la Unidad Cardiológica para completar la evolución.

A las pocas horas reinstala un dolor torácico intenso, con repercusión hemodinámica que deviene en shock cardiogénico. En el ECG persiste la elevación extensa del segmento ST. Vuelve a la sala de hemodinamia donde se comprueba una trombosis del stent. Se procede a la reapertura de la arteria, con los insumos disponibles, esta vez sin lograr mejoría de la penuria hemodinámica, la cual, pese a la colocación de un balón intraaórtico de contrapulsación, agrava rápidamente hasta la muerte irremediable.

El informe del equipo de hemodinamia a la novel viuda fue contundente: *el paciente no resistió la angioplastia uruguaya.*

Es muy probable que esta escena resulte cotidiana en un futuro no tan lejano. ¿Qué podría conducirnos a esta debacle?: una mala decisión. Un día, un contador se planteó el objetivo de reducir los costos por concepto de angioplastia. Al conocer la tasa de crecimiento de esta técnica, estimó que a los precios actuales, los fondos que se administran para tal rubro no alcanzarían en el corto plazo. Se necesitaría un ahorro de 1 millón de dólares en el año para revertir esta situación.

¿Cómo lograr semejante objetivo? Pues elemental... bajando el costo de los insumos. ¿Pero cómo? No tan elemental... haciendo un llamado a concurso de precios a las empresas del mercado que proveen tales insumos. Resultado: se elige una empresa cuyo precio permite el ahorro referido, elección que no garantiza la mejor calidad ni la accesibilidad de todos los insumos que necesitan los cardiólogos intervencionistas para realizar la técnica según el estado del arte. El monopolio de stents provoca la retirada del mercado de todas las empresas proveedoras, con excepción de la ganadora. Este ahorro permite hacer más angioplastias

tias por año. Pregunto: ¿es este un indicador de mejor calidad asistencial? Pensamos que no. Es muy posible que aumenten los procedimientos por reestenosis, o los casos derivados a cirugía de revascularización por no disponer de insumos para tratamiento percutáneo de lesiones más complejas. Cuando el mundo esté debatiendo progresos tecnológicos, nosotros estaremos definiendo los alcances de la angioplastia uruguaya, la cual no podrá trasladar los resultados beneficiosos de los avances científicos del mundo desarrollado.

¿Y que ocurrirá cuando, en 3 años, finalice el contrato con la empresa adjudicataria? Deberán negociar los nuevos precios con una empresa, esta vez, bajo un régimen monopólico.

La Sociedad Uruguaya de Cardiología se opone a la medida propuesta, basándose en argumentos exclusivamente de índole técnica, que oportunamente fueron planteados a las autoridades del Fondo Nacional de Recursos.

*Dr. Oscar Bazzino*  
Presidente de la SUC