

En búsqueda de una estrategia

CARLOS BERTOLASI

El trabajo de los Dres. Laiño y colaboradores (página 383) resulta interesante y provocativo desde el título mismo.

Aún hoy persisten las dudas sobre una entidad que, pese a la experiencia acumulada, no está claramente definida ni exhaustivamente comprendida en sus mecanismos de producción.

Quizás una prueba de ello sea la frecuencia con que se certifica la muerte súbita domiciliaria o fuera del hospital y la mucho menor incidencia de igual diagnóstico en el individuo internado.

Por otra parte, pienso que en ocasiones se confunde a la muerte súbita como entidad (realmente inesperada) con lo que sobreviene como episodio final de una situación clínica "inestable" (insuficiencia cardíaca progresiva, isquemia aguda severa, etc.). Ya Bigger en los años 80 establecía la diferencia entre el sustrato anatómico, el desbalance autonómico y las arritmias, de manera tan sencilla como lógica. A igual sustrato estará en mayor riesgo el portador de arritmias más frecuentes o graves y, viceversa, a igual arritmia será mayor el riesgo en quien presente mayor deterioro en la función cardíaca o neurovegetativa.

Si a todo ello agregamos que la arritmia determinante de la muerte súbita a menudo (pero no siempre) es una arritmia ventricular rápida, podremos entender que tanto las bradicardias (sobre todo en la insuficiencia cardíaca) como la disociación electromecánica o la ruptura cardíaca (en la etapa aguda del infarto agudo de miocardio) participan en proporción variable pero significativa en este síndrome.

Obviamente, no vamos a discutir el tremendo aporte que para el conocimiento médico y para la adopción de conductas racionales han tenido los estudios multicéntricos.

Pero también podría ser cierto que una excepcional herramienta de investigación clínica puede, en

ocasiones, ser utilizada con criterio discutible, al menos para quien escribe estas líneas.

Hace aproximadamente dos décadas el estudio CASS desató una encarnizada polémica entre los que opinaban que era una prueba clara de que el resultado del tratamiento médico era similar a la cirugía de revascularización en la enfermedad coronaria crónica, *versus* los que resaltaban la clara transgresión del "cross over" del 30% de los pacientes del grupo médico al quirúrgico.

En nuestra opinión el CASS constituyó un hito fundamental para comprender la diferencia entre la mera confrontación de dos técnicas y la acertada elaboración de una estrategia.

En síntesis, el CASS demostró que un buen número de pacientes podrán ser tratados con drogas y seguidos hasta que con el tiempo ciertos indicadores determinen la oportunidad quirúrgica; todo ello sin mayor costo en cuanto a mortalidad.

Me impresiona que ocurra algo similar cuando pretendidamente se comparan drogas antiarrítmicas (con la intención de prevenir la muerte súbita) con cardiodesfibriladores (útiles para tratar la arritmia una vez instalada).

Como muy bien dicen los autores, resulta conveniente establecer criterios estrictos en indicaciones de cierto riesgo y/o elevado costo.

Pienso que sería ideal desarrollar una estrategia que se inicie con la adecuada terapéutica de la enfermedad de fondo, se continúe con el atinado empleo de drogas antiarrítmicas de efecto probado y, cuando sea razonable presumir un elevado riesgo remanente, recurrir al implante de un cardiodesfibrilador.

Debido a que los grandes estudios realizados no establecieron diferencias tan importantes como cabría esperar, por el momento la elaboración de la táctica en cada individuo queda en manos del médico, y gracias a Dios que aún ello es así, porque constituye la recompensa intelectual de nuestra profesión.