

Reperusión del infarto: ¿un drama con final feliz?

FERNANDO BOTTO^{MTSAC, 1}

PRIMER ACTO: LA OTRA CARA DE LA MONEDA

El infarto agudo de miocardio (IAM) y sus complicaciones representan la principal causa de muerte en nuestro país. (1) Existe abundante evidencia científica y recomendaciones que señalan la necesidad de indicar un tratamiento de reperusión en el tiempo adecuado para reducir la mortalidad. Lamentablemente, el manejo del IAM en nuestro medio se ha denunciado recientemente como “un grave problema de la salud pública” en un documento generado por un grupo de trabajo de importantes sociedades científicas (SAC, FAC, SATI, CACI, FCA, SAPUE y CONAREC), debido a las demoras en el diagnóstico y en la derivación a centros especializados y especialmente en la falta de aplicación de dichas estrategias de reperusión en un número elevado de pacientes, ya sea por la llegada tardía, por carecer de hemodinamia o bien por la increíble “no disponibilidad” de fibrinolíticos. (2)

En el presente número de la *Revista* se publica una interesante experiencia de Blanco y colaboradores (3) basada en la aplicación de la angioplastia (ATC) primaria en un hospital público de alta complejidad (Hospital Argerich). Los autores nos muestran “la otra cara de la moneda” de la triste realidad argentina, mediante una sistemática organizada desde la Guardia Externa, que incluye la consulta de un cardiólogo, la llamada a un equipo de hemodinamia y la llegada de éste al hospital lo antes posible, con la mitad de los pacientes intervenidos durante fines de semana o fuera de la jornada laboral. Una serie de 509 pacientes con IAM tratados en 11 hospitales públicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en 1997 mostró que la indicación de coronariografía alcanzó entonces el 18,6% y la ATC el 1,18% dentro del transcurso del primer mes. (4) Podremos discutir hasta el cansancio si globalmente la ATC primaria es mejor o no que los fibrinolíticos, pero lo que podemos afirmar es su superioridad en los casos de muy alto riesgo, cuyo número supera ampliamente a los intervenidos en dicho registro de 1997. Por ello es elogiado el artículo de Blanco y colaboradores, teniendo en cuenta que organizaron una estrategia de alta complejidad al servicio de una comunidad con “menores recursos” y considerando que casi la mitad de la población no tenía ninguna cobertura médica.

Con respecto a los tiempos comunicados en los resultados, se justifica un análisis detallado:

1. El tiempo paciente, es decir, desde el inicio del síntoma hasta la consulta a la Guardia, medido como

mediana y rango intercuartil 25-75, fue de 60 (40-150) minutos. Es el más corto, con mucho, de todos los registros internacionales y estudios clínicos publicados. El valor indica que la mitad llegó “dentro” de los 60 minutos, desglosados en un 25% entre 40 y 60 minutos y otro 25% antes de 40 minutos. Suena a demasiado rápido... Las encuestas SAC desde 1987 a 2005 (casi 2.500 pacientes) muestran una mediana de alrededor de 4 horas. (5) Si bien aquel dato posiblemente delata algún sesgo, una explicación puede ser que el tiempo “se acortó” al incluir en el análisis a los pacientes cuyo primer contacto médico resultó ser el mismo Hospital Argerich y excluir a los derivados de otros centros para angioplastia primaria, que seguramente hubiesen “alargado” la ventana. Los registros prospectivos de nuestro medio deberían analizar los tiempos considerando este aspecto, es decir, hasta el primer contacto médico, diferenciando centro derivador y receptor y de esa manera poner de manifiesto las demoras generadas cuando se decide el traslado a otro hospital. Considero oportuno mencionar que en las primeras 2 o 3 horas se cuestiona la ventaja de la ATC *versus* los fibrinolíticos, dado que ésta es una ventana ideal para la reperusión farmacológica. Por lo tanto, desde la perspectiva del aprovechamiento de los recursos, y como modelo válido para implementar en hospitales de menor complejidad, los fibrinolíticos podrían reservarse para estos casos y dejar la ATC primaria para ventanas mayores de 2 horas, o bien para pacientes con signos de insuficiencia cardíaca (Killip-Kimball >1).

2. El tiempo médico-asistencial, es decir puerta-balón, fue de 93 (72-128) minutos. Hay que tener cuidado al interpretar esta mediana. Las Guías AHA/ACC (6) recomiendan “hasta” 90 minutos y en este caso significa que el 50% estuvo “por encima” de 93 minutos, incluso con un 25% con una demora de más de 128 minutos. Los hospitales que cumplen con la ventana menor de 90 minutos suelen tener una mediana de entre 60 y 70 minutos. Los autores plantean una crítica acertada alrededor de este punto y enumeran eventuales soluciones. Definitivamente, deberían implementarse medidas que incluyan el entrenamiento del personal administrativo, médico y paramédico. Incluso podría justificarse la indicación de fibrinolíticos cuando se prevé una demora que supere los 90 minutos hasta la insuflación del balón.

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Jefe de Unidad Coronaria e Internación. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

SEGUNDO ACTO: DE LA REPERFUSIÓN A LA REPERCUSIÓN (¿VALE SOÑAR?)

La “otra cara de la moneda”, es decir, la motivación para mejorar la práctica asistencial, el diseño de una sistemática que incluya la llamada para ATC las 24 horas/365 días, con registro de tiempos, entrenamiento de efectores, autocritica y replanteo de objetivos, debería funcionar como un “*marketing viral*”, con una replicación rápida en otros hospitales, y nos permita así soñar con la implementación de una red de tratamiento del IAM o su regionalización, como ocurre en grandes ciudades de países europeos. *Hospitales de menor complejidad reciben y tratan con fibrinolíticos los casos de menor riesgo y derivan eficientemente a un hospital de alta complejidad “ya predeterminado” a los de mayor riesgo para ATC primaria o de rescate.* Funciona al estilo de los ya conocidos Centros de Trauma, incluso en nuestro país. Esta estructura debe reproducirse geográficamente en todo el territorio nacional, tanto a nivel público como privado. La propuesta debe considerar, además, el desarrollo de medios de traslado seguros y eficientes como parte del objetivo mayor, apuntando principalmente a los servicios de ambulancias. Un programa ambicioso debería considerar también la posibilidad de contar con algún medio aéreo, como los helicópteros de las fuerzas de seguridad, que se reservarían para emergencias que no permiten ninguna demora, equivalentes a situaciones de heridos de bala o catástrofes de otro tipo.

Para terminar, quiero enfatizar que las sociedades científicas están dispuestas a colaborar, como se mencionó en el documento conjunto citado al principio. (2) Y como siempre, nada serio y duradero es posible si las autoridades sanitarias no toman cartas firmes en el asunto ni cuentan con el apoyo político para tal fin.

Mientras tanto... un desconocido (pero elevado) número de pacientes fallecen sin opción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrante D, Tajer C. ¿Cuántos infartos hay en la Argentina? *Rev Argent Cardiol* 2007;75:161-2.
2. Documento SAC, FAC, SATI, CACI, FCA, SAPUE y CONAREC. Realidad del manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:226-32.
3. Blanco F, Riccitelli MA, García Escudero A. La demora en la realización de la angioplastia primaria, ¿una causa relacionada con el paciente o con el sistema médico-asistencial? *Rev Argent Cardiol* 2009;77:14-20.
4. Piombo A, Salzberg S, Lowemberg T, Grasso C, Finaret B, Golub S y col. Epidemiología del infarto agudo de miocardio en los hospitales públicos de la Capital Federal. *Rev Argent Cardiol* 1999;67:201-7.
5. Gagliardi J, Charask A, Higa C, Blanco F, Dini A, Tajer C, Sarmiento R. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo de los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:171-8.
6. 2007 Focused updated of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2008; 117:296-329.