

Alerta: de la evidencia a la confusión

LILIANA GRINFELD^{MTSAC}

En la práctica diaria, los médicos aplicamos en nuestros enfermos conocimientos provenientes de diversas fuentes. De la medicina basada en la evidencia obtenemos información de eficacia, resultante de los estudios clínicos controlados, de indiscutible validez interna. Sin embargo, con cierta frecuencia ocurre que sus resultados son poco generalizables, ya sea porque las condiciones de experimentación difícilmente son reproducibles en nuestro medio o porque los rigurosos criterios de inclusión y exclusión seleccionan un perfil de pacientes que difiere de la población a la que solemos asistir. Otra fuente de conocimiento es sin duda la que resulta de la experiencia de los profesionales intervinientes. Por último, y cada vez con mayor asiduidad, incorporamos información de efectividad, la que surge de estudios observacionales que nos muestran lo que denominamos el “mundo real”.

Desde esta perspectiva, es interesante analizar cómo abordamos en la actualidad el tratamiento del infarto agudo de miocardio.

En este número de la *Revista* se publican dos trabajos que tienen el inmensurable valor de difundir información relevada en nuestros centros.

El primero detalla los resultados de la última encuesta de infarto agudo de miocardio, llevada a cabo por la Sociedad Argentina de Cardiología, que incluyó 515 pacientes ingresados en 74 centros del país. (1) Globalmente, la tasa de empleo de angioplastia primaria o trombolíticos fue del 53%, mientras que en los pacientes elegibles para terapia de reperfusión la tasa de uso comunicada alcanzó el 80%. Es notable, sin embargo, que sólo el 62% de la población fue definida como “elegible” cuando en más del 80% de los enfermos el tiempo entre el inicio de los síntomas y la admisión fue de 12 horas o menos y más del 80% presentaron bloqueo de rama izquierda o supradesnivel del segmento ST en el ECG. Aun así, uno de cada cinco pacientes no recibió ninguna estrategia de reperfusión, lo cual es coincidente con comunicaciones internacionales que describen entre un 20% y un 30% de “oportunidades perdidas”. (2-4)

El registro también evidenció una subutilización de otros tratamientos de probada eficacia, como los inhibidores de la ECA y los bloqueantes de los receptores de angiotensina, cuya indicación alcanzó sólo al 60% de los enfermos con insuficiencia cardíaca.

Gagliardi y colaboradores, por su parte, efectuaron un análisis comparativo de las encuestas sobre infarto agudo de miocardio realizadas por la SAC en los últimos 18 años. (5) El trabajo mostró un incremento significativo en el empleo de angioplastia primaria (del 2,9% en 1987 al 32,4% en 2005), una reducción en el uso de trombolíticos (del 41,4% en 1996 al 22,5% en 2005) y la incorporación de estatinas y clopidogrel. La mortalidad intrahospitalaria mostró a lo largo del tiempo un incremento no significativo (11,9% en 1987 *versus* 12,6% en 2005).

Por último, en el pasado Congreso Argentino de Cardiología fue presentado un trabajo en el que en una muestra de pacientes con infarto trasladados desde diversos hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires a un centro de referencia se analizaron los tiempos de demora reales evaluando sus distintos componentes. (6) En los 20 pacientes derivados para angioplastia primaria, el tiempo desde la llegada al primer centro hasta el inflado del balón fue de 257 (220-352) minutos. Según los autores, “el problema más grave radica en la demora producida en el centro que recibe originalmente al paciente hasta el arribo de la ambulancia”.

Es sabido que los centros participantes en los registros de la Sociedad Argentina de Cardiología suelen ser seleccionados, de modo que la proporción de pacientes no tratados es alarmante. ¿Es posible que el 40% de nuestros pacientes con infarto no sean candidatos para recibir algún tratamiento de reperfusión? Además, resulta complejo analizar por qué no se ha reducido la mortalidad del infarto en la Argentina durante los últimos años a pesar del incremento en el empleo de herramientas terapéuticas de probado beneficio en términos de sobrevida, como la angioplastia o el clopidogrel.

A priori, los enfermos incluidos en el último registro no parecen ser más graves que los de las encuestas previas: igual edad, similar prevalencia de diabetes e infarto previo, mayor proporción de Killip y Kimball A. ¿Será entonces que hemos mejorado el arsenal terapéutico para los enfermos que tratamos, pero cada vez es mayor la proporción de los que no tratamos?

La evidencia proveniente de los estudios clínicos controlados es contundente a favor de emplear cualquier estrategia de reperfusión, trombolíticos o angioplastia, siendo esta última incluso superior a los

trombolíticos cuando los síntomas tienen más de tres horas de evolución. La disponibilidad del método de reperfusión y la experiencia de los profesionales intervinientes determinará en parte la elección de uno de estos tratamientos.

¿Estaremos *confundiendo* los resultados de los estudios clínicos controlados y no estamos viendo que en la Argentina cuando un paciente llega a un centro sin disponibilidad de hemodinamia todavía es una ilusión llegar a cumplir el tiempo puerta-balón que demostró ser beneficioso? ¿Mejor tratamiento sólo para algunos?

Para que esto no suceda, el mensaje debe ser claro: cuando la angioplastia está disponible, rápida y en manos entrenadas, debe ser la estrategia de reperfusión a emplear. En ausencia de estas condiciones, sin dudas, la administración de trombolíticos es el tratamiento de elección.

El reflexionar sobre este punto redundará en mayor uso de trombolíticos, mejor selección de pacientes para trasladar a hemodinamia, mayor supervivencia, menor incidencia de insuficiencia cardíaca y una mejor práctica médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco P, Gagliardi J, Higa C, Dini A, Guetta J, Di Toro D y col. Infarto agudo de miocardio. Resultados de la Encuesta SAC 2005 en la República Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:163-70.
2. Eagle KA, Goodman SG, Avezum A, Budaj A, Sullivan CM, Lopez-Sendon J; GRACE Investigators. Practice variation and missed opportunities for reperfusion in ST-segment-elevation myocardial infarction: findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Lancet* 2002;359:373-7.
3. Fox KA. An international perspective on acute coronary syndrome care: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Am Heart J* 2004;148:S40-5.
4. Rogers WJ, Canto JG, Lambrew CT, Tiefenbrunn AJ, Kinkaid B, Shoultz DA, et al. Temporal trends in the treatment of over 1.5 million patients with myocardial infarction in the US from 1990 through 1999: the National Registry of Myocardial Infarction 1, 2 and 3. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:2056-63.
5. Gagliardi J, Charask A, Higa C, Blanco P, Dini A, Tajer C y col. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo en los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:171-8.
6. Cosarinsky L, Blanco R, Ulmete E, Gagliardi J, Piombo A. Tiempos de traslado para angioplastia del IAM en el mundo real: ¿Son adecuados? *Rev Argent Cardiol* 2006;74(Supl 3):124(A67).