

Cartas al Editor

Sr. Director:

La excelente "Encuesta Nacional de Unidades Coronarias" publicada en el Suplemento 1991 de la Revista Argentina de Cardiología posee datos de trascendencia sobre cuyo análisis, realizado en las Editoriales, deseamos hacer algunas observaciones.

Los Dres. Caccavo y Sosa Liprandi,¹ comentando el hecho de que apenas el 27% de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ingresó en la Capital dentro de las tres horas de iniciados los síntomas, y que de ellos sólo un 37% recibió tratamiento trombolítico, lo justifican por el tiempo de demora en la consulta y en las salas de emergencia y señalan las dificultades de la educación masiva de la población en general y del personal sanitario correspondiente, dejando la solución a futuros protocolos a realizarse en las áreas de emergencia, previo al ingreso de los pacientes en la unidad coronaria, excluyendo el tratamiento prehospitalario. Estamos en desacuerdo con esta última opinión. Sin entrar a discutir la efectividad del tratamiento trombolítico tardío, creemos que nadie niega actualmente que "tiempo es músculo" y que, por lo tanto, cuanto más precoz sea la iniciación de la trombólisis, mejores serán sus resultados. En este sentido el estudio GISSI-1² demostró que de cada 100 pacientes con IAM mueren tres menos entre los tratados en las primeras tres horas, dos entre las horas tres y seis, uno entre las horas seis y nueve. También demostró que la mortalidad se reduce en un 47% en los pacientes tratados en la primera hora, descendiendo este porcentaje a un 12% en la segunda hora, lo que evidencia que la mayor parte del beneficio obtenido por el tratamiento trombolítico se debe a la disminución de la mortalidad que se produce con la iniciación del mismo en menos de una hora. Esto indujo a la American Heart Association a lanzar una campaña nacional de concientización para lograr la iniciación del tratamiento trombolítico en el IAM en menos de 60 minutos de comenzados los síntomas.³ En la Encuesta Nacional de Unidades Coronarias el tiempo de demora promedio fue de $14,7 \pm 28$ horas, mientras que nosotros⁴ tuvimos una demora total promedio de 9,10 horas discriminadas en la siguiente forma: tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la consulta: 4,6 horas; tiempo desde el inicio de la consulta hasta el diagnóstico: dos

horas, y tiempo desde el diagnóstico hasta la internación en unidad coronaria y comienzo del tratamiento: dos horas y media; la demora resulta algo superior a la de otros centros⁵ pero dentro del mismo rango de inaceptabilidad. Weaver,⁶ en un reciente simposio, afirma que la mayor parte de los centros de los Estados Unidos tuvo, durante 1991, una tardanza en iniciar el tratamiento, superior a los 90 minutos.

Algunos estudios piloto en la fase prehospitalaria realizados en ciudades de alta densidad de tránsito demuestran^{7,8} una disminución en más de 50 minutos promedio en la demora y la factibilidad de este enfoque sin mayores riesgos para el paciente.

Estos datos han sido recientemente avalados y sugeridos como recomendación para su aplicación internacional.⁹ Creemos que ello puede ser mejorado en nuestro medio mediante una utilización adecuada de los sistemas de emergencia (los que emplean médicos y no paramédicos, como en los Estados Unidos y otros países) y una campaña de educación para la salud bien encarada, que induzca al paciente a activarlo sin dilación. Esta actitud, acompañada por una búsqueda constante de mejores tratamientos trombolíticos, parece ser el enfoque actual más racional.

Lamentablemente, la mayor parte del beneficio de los trombolíticos, en cuanto a sobrevida, aun aplicados tempranamente, se pierde más allá del año. Por lo tanto, la estratificación del riesgo a que se refiere el Dr. Bazzino¹⁰ debe apuntar a mejorar estos resultados, para lo cual es indiscutible la necesidad de perfeccionar el tratamiento actualmente aceptado como estándar. Los pacientes admitidos con IAM después de la sexta hora de inicio del mismo, los mayores de 75 años (que de por sí superan el 20% de la población), los menores de 45 años e infarto previo, los que tienen antecedentes de angioplastia o cirugía de revascularización, independientemente de su Killip de ingreso, constituyen una población numéricamente importante que se incrementa continuamente. La calidad de vida y sobrevida de estos pacientes debe ser especialmente considerada con vista a eventuales tratamientos invasivos,^{11,12} así como también aquellos con infartos anteriores extensos en shock, independientemente de su tiempo de evolución.

Por consiguiente, la terapéutica del infarto agudo de miocardio y de la trombólisis en par-

ticular está lejos de haber alcanzado su punto óptimo y no nos hallamos, como afirma el Dr. Sosa Liprandi,¹³ en la "era postrombolítica", ya que ésta llegará el día en que hayamos abandonado este tratamiento por otro mejor.

**Enrique Gurfinkel, Daniel Agranati,
Antonio De Rosa, Branco Mautner**

Unidad Coronaria, Hospital Municipal de Agudos
"Juan A. Fernández" de Buenos Aires

BIBLIOGRAFIA

1. Coccavo A, Sosa Liprandi A: Terapéutica trombolítica en el infarto agudo de miocardio y Encuesta SAC '91. Implicancias epidemiológicas. *Rev Arg Cardiol* 1991 (Suplemento): 36 (Editorial).
2. Rovelli F, De Vita C, Feruglio BA, Lotto A, Selvini A, Tognoni G: GISSI Trial: Early results and late follow up. *J Am Coll Cardiol* 1987; 10: 338.
3. Weisfeldt ML: Requisite for identification and treatment of patients. In: Symposium: Rapid identification and treatment of patients with acute myocardial infarction: National implications. 64 Scientific Sessions, Am Heart Ass, Anaheim, 1991 (Personal Comunicación).
4. De Rosa A, Gavrielli O, Cabo Fustaret M, Kerbaje S, Mautner B: Análisis del tiempo transcurrido en la internación de los pacientes con infarto agudo de miocardio. *Rev Arg Cardiol* 1989; 57: 256 (abstract).
5. O'Rourke M, Thompson PL, Ballantyne K: Community aspects of coronary thrombolysis. Public education and cost and effectiveness. In: Julian DG (ed): *Trombolysis in Cardiovascular Disease*. A Dekker Inc, New York, 1989; p 211.
6. Weaver WD, Martin JS, Litwin PE, Eisemberg MS, Ho MT, Kudenchuk PJ, Hallstrom AP: *Circulation* 1988; 78 (Suppl II): II-111.
7. Seifried E, Winter H, Rossi R, Schmidt A, Koche M, Hambach V: Prevention in hospital Trombolytic therapy with rt-PA in acute myocardial infarction: a randomized clinical study. *Thromb Haemostas* 1991; 65: 384.
8. Julian DG: Time as a factor in thrombolytic therapy. *Eur Heart J* 1990; 11 (Suppl F): 53.
9. Weaver D, Rosenberg M: International Congress of Emergency Cardiac Care. Dallas, Texas, USA, 1992: Personal Comunicación (en press).
10. Bazzino O: Estratificación del riesgo postinfarto. *Rev Arg Cardiol* 1991; 34 (Suppl) (Editorial).
11. Brodie BR, Weingraub RA, Stuckey TD, Lebauer EJ, Katz JD, Kelly TA, Hansen CJ: Outcomes of direct coronary angioplasty for acute myocardial infarction in candidates and non-candidates for thrombolytic therapy. *Am J Cardiol* 1991; 67: 7.
12. Kereiakes DJ, Califf RM, George BS, Eias S, Samaha J, Stack R, Martin LH, Young S, Topol EJ: Coronary bypass

surgery improves global and regional left ventricular function following thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1991; 122: 390.

13. Sosa Liprandi A: Infarto agudo de miocardio. Los desafíos actuales de la era postrombolítica. *Rev Arg Cardiol* 1991; 39 (Suppl) (Editorial).

Sr. Director:

La carta enviada por el Dr. Gurfinkel y colaboradores plantea una preocupación compartida: la escasa proporción de pacientes que ingresan en las unidades coronarias dentro de las primeras horas de un infarto agudo de miocardio, pero con diferentes ópticas en cuanto a los esfuerzos a desarrollar por parte de la comunidad cardiológica para intentar revertir esta situación.

Es nuestra opinión que los mismos deben ser orientados para evitar demoras en iniciar el tratamiento trombolítico dentro de las instituciones. Como bien comenta el Dr. Gurfinkel, el estudio GISSI I demostró que la mortalidad se reduce en un 47% en los pacientes tratados dentro de la primera hora, siendo esto cierto para enfermos hospitalizados.

No disponemos en la actualidad de datos suficientes que justifiquen su utilización sistemática fuera del ámbito hospitalario. Más aún, dos grandes estudios randomizados (MITI y EMIP), recientemente presentados en el último Congreso del American College, no pudieron demostrar beneficios en términos de reducción de mortalidad y eventos menores en aquellos pacientes tratados durante la fase prehospitalaria.

La implementación del tratamiento trombolítico en las salas de emergencia resulta una medida simple y de sencilla instrumentación, a través de la cual creemos que es posible alcanzar un rápido impacto en términos de reducción del tiempo entre el comienzo de los síntomas y la iniciación del tratamiento.

Alvaro Sosa Liprandi, Alberto Caccavo