

Réplica

fibrinólisis / infarto de miocardio / servicio de cardiología / urgencias médicas

Sr. Editor:

Con el objetivo de reducir el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la administración del fibrinolítico, se han propuesto diferentes estrategias para optimizar el tratamiento del infarto agudo de miocardio y mejorar su morbimortalidad basadas en las distintas circunstancias de cada medio. Así, por ejemplo, la trombólisis prehospitalaria ha demostrado ser eficaz en medios rurales en los que el acceso al hospital puede demorarse de manera significativa¹, mientras que su eficacia es más controvertida en los medios urbanos². Otra estrategia propuesta con el mismo objetivo es la de crear unidades específicas con equipamiento adecuado y personal entrenado³. Nuestra decisión de optar por esta última estrategia se basó no sólo en la idea de reducir el tiempo puerta-aguja, sino especialmente, en proporcionar una alternativa equivalente a la unidad coronaria para los pacientes con infarto agudo de miocardio que a su ingreso en el hospital no disponen de una cama libre en ella, hecho que no siempre se consigue cuando la trombólisis se realiza en el servicio de urgencias. Si bien es cierto que un fármaco fibrinolítico puede ser administrado por cualquier personal sanitario mínimamente entrenado, también lo es que el tratamiento de los pacientes con dolor torácico y electrocardiogramas «dudosos», o de las complicaciones del infarto de miocardio requiere un equipo médico más experimentado; de hecho, datos recientes basados en el análisis de más de 30.000 pacientes demuestran que los pacientes con infarto agudo de miocardio tratados por cardiólogos tienen una mortalidad intrahospitalaria un 17% menor que la de los pacientes tratados por médicos generales⁴.

En nuestro hospital, debido a la eterna saturación de nuestro servicio de urgencias y al hecho de disponer de cardiólogo de guardia las 24 h del día, decidimos que la mejor opción era la de crear una unidad específica para tratar a los pacientes con infarto agudo de miocardio. Evidentemente, y como reconocemos en nuestro artículo⁵, esta estrategia no es aplicable a todos los hospitales, aunque sí podría serlo en aquellos con características similares, hecho más propio de los hospitales terciarios, donde la saturación de los servicios de urgencias es habitual. Estamos de acuerdo en que quizás esto no sea implementable en hospitales más pequeños, en los que el coste logístico y económico de establecer unidades específicas y un equipo de cardiología de guardia sería mucho mayor que potenciar el diagnóstico rápido y la adminis-

tración precoz de fibrinolítico en el servicio de urgencias.

Sin embargo, también creemos que el hecho de que una estrategia no sea aplicable de modo universal no la convierte en una mala estrategia; así, por ejemplo, si bien la angioplastia primaria no es un método terapéutico aplicable universalmente a todos los pacientes con infarto agudo de miocardio en todos los hospitales del mundo, es un hecho aceptado que es una excelente alternativa al tratamiento fibrinolítico en aquellos hospitales que dispongan de la infraestructura y experiencia necesarias^{6,7}.

Por último, y como afirmamos en nuestro artículo⁵, coincidimos en que «cada centro, como mejor conocedor de sus circunstancias y posibilidades, es el que debe decidir qué política adoptar para optimizar el tratamiento del infarto agudo de miocardio».

Marta Sitges, Xavier Bosch y Ginés Sanz

Institut de Malalties Cardiovasculars.
Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rawles J, on behalf of the GREAT Group. Halving of mortality at 1 year by domiciliary thrombolysis in the Grampian Region Early Anistreplase Trial (GREAT). *J Am Coll Cardiol* 1994; 23:1-5.
2. The European Myocardial Infarction Project Group. Prehospital thrombolytic therapy in patients with suspected acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 329: 383-389.
3. Burns JM, Hogg KJ, Rae AP, Hillis WS, Dunn FG. Impact of a policy of direct admission to a Coronary Care Unit on use of thrombolytic treatment. *Br Heart J* 1989; 61: 322-325.
4. Casale PN, Jones JL, Wolf FE, Pei Y, Eby LM. Patients treated by cardiologists have a lower in-hospital mortality for acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 885-889.
5. Sitges M, Bosch X, Sanz G, Heras M, Miranda F, Anguera I et al. Mejoría del tratamiento del infarto agudo de miocardio mediante la creación de una unidad de trombólisis en el servicio de cardiología. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 732-739.
6. Ryan TJ, Anderson JL, Antman EM, Braniff BA, Brooks NH, Califf RM et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1996; 28: 1.328-1.428.
7. Pérez-Villa F. La angioplastia primaria es la terapéutica de reperfusión de elección en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. Argumentos en contra. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 948-953.