

Consenso de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y una nueva formulación terapéutica

Al Director

La publicación del Consenso de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (1) merece una clara felicitación a los autores por lo importante del tema desarrollado y además por publicarlo simultáneamente con la presentación en el Congreso. Esta simultaneidad, siguiendo lo que hacen otras sociedades internacionales, es muy importante y espero que se mantenga como norma de la presentación de consensos de la SAC.

Me llamó la atención la recomendación sobre una nueva formulación terapéutica para trombolíticos fibrinoespecíficos. Se aconseja su empleo a mitad de la dosis en sujetos mayores de 75 años. Esto es realmente una novedad en lo que hace a guías de práctica clínica y coincido completamente con el concepto, pero se requerirían algunas aclaraciones.

En lo que corresponde al TNK es fácil comprender la reducción de la dosis, ya que el estudio STREAM (2) demostró un aumento significativo de la hemorragia intracerebral, en este grupo poblacional, en la primera etapa del estudio antes de reducir la dosis. También hay algunas otras pequeñas experiencias (3) con buenos resultados terapéuticos usando media dosis de TNK y una publicación reciente enfocada en el grupo añoso de la población de STREAM. (4)

En definitiva, si bien podemos decir que aún hoy es un uso *off-label* la reducción de la dosis en los mayores de 75 años, por cuestiones de seguridad creo que todos estaremos de acuerdo en este cambio terapéutico.

Pero el tema es más complejo, ya que lamentablemente en la Argentina aún no disponemos de TNK ni sabemos fehacientemente cuándo habrá, aunque también coincido con los autores en que, para nuestro país, sería muy importante disponer de él rápidamente.

En nuestra práctica clínica utilizamos como trombolítico de primera elección el t-PA. La guía lo incluye con empleo a mitad de la dosis en sujetos mayores de 75 años. Esto me parece lógico, pero la evidencia aquí es aún menor. Solamente podemos utilizar los datos de GUSTO (5) con mayor hemorragia en añosos pero sin mucha evidencia en la eficacia de la media dosis. Por otra parte, los estudios mencionados (2, 3) utilizan una estrategia farmacoinvasiva que no siempre es nuestra práctica asistencial.

Nosotros, en los pacientes mayores de 75 años y cuando el territorio isquémico no es muy extenso, seguimos utilizando la estreptoquinasa (SK), pero seguramente va a ser más fácil incluir la media dosis de t-PA en estos pacientes, ya que la realidad es que los médicos que deben atender infartos en las guardias y

muchas veces trasladarlos con trombolíticos son muy reacios a utilizar SK por los problemas de hipotensión, alergia, etc. Probablemente el uso de la media dosis de t-PA o TNK será mucho más fácilmente aceptado por los médicos que atienden emergencias.

En definitiva, si el TNK estuviera disponible en nuestro país próximamente toda esta discusión no tendrá demasiada importancia, pero al día de hoy me resulta un poco dudoso usar la media dosis de t-PA, aunque filosóficamente estoy muy de acuerdo.

Alberto Caccavo^{MTSAC}

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Normas y Consensos. Consenso de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST. Rev Argent Cardiol 2018;83(Supl 4).
2. Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Danays T, Lambert Y, et al. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med 2013;368:1379-87. <http://doi.org/mb9>
3. Larson DM, Duval S, Sharkey SW, Garberich RF, Madison JD, Stokman PJ, et al. Safety and efficacy of a pharmaco-invasive reperfusion strategy in rural ST-elevation myocardial infarction patients with expected delays due to long-distance transfers. Eur Heart J 2012;33:1232-40. <http://doi.org/c6mwk6>
4. Armstrong PW, Zheng Y, Westerhout CM, Rosell-Ortiz F, Sinaeve P, Lambert Y, et al; STREAM investigators. Reduced dose tenecteplase and outcomes in elderly ST-segment elevation myocardial infarction patients: Insights from the STRategic Reperfusion Early After Myocardial infarction trial. Am Heart J 2015;169:890-8. e1. <http://doi.org/972>
5. The GUSTO Investigators. An international randomized trial compared four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993;329:673-82. <http://doi.org/bzv852>

Respuesta de los autores

Agradecemos los conceptos vertidos por el Dr. Caccavo acerca del consenso en cuestión.

A fuer de ser sinceros, debemos decir que compartimos todos sus conceptos.

Las guías respetan en todo lo posible la evidencia científica existente, pero lamentablemente esta no siempre existe en la medida que todos quisiéramos, por lo cual las recomendaciones basadas en "opinión de expertos" son de gran frecuencia en todos los consensos del mundo.

Coincidimos plenamente en que no hay evidencia de que dosis menores de t-PA sean obligatorias en los ancianos pero, si tenemos en cuenta por un lado que los fibrinolíticos fibrinoespecíficos presentan mayor tendencia a producir hemorragia cerebral y que el t-PA produce más hemorragias (aunque curiosamente extracraniales) y necesidad de transfusiones que el TNK, sumado a que las consecuencias de las hemorragias son siempre más graves en los ancianos, incluimos ese comentario en el texto.

Los ancianos son una población para la cual existe poca evidencia al ser excluidos o poco representados en número en la mayoría de los estudios, lo cual representa un grave problema a medida que esa población va creciendo al aumentar la expectativa de vida en el mundo entero.

El concepto de *primum non nocere* y el sentido común probablemente influyeron en nuestro consejo, que no es más que eso y no implica una obligación, sino una “recomendación”.

Las guías de tratamiento / consensos jamás deberían tomarse como dogmas y una actitud crítica y reflexiva hacia ellas es bienvenida e imprescindible.

Exactamente como ha procedido el Dr. Caccavo.

Alfredo C. Piombo^{MTSAC}

REV ARGENT CARDIOL 2015;83:577-578. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v83.i6.7804>