

RESPUESTA DE LOS AUTORES

**RESPUESTA A: INEXPLICABLE TARDANZA DE UN REGISTRO
HOSPITALARIO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN VILLA CLARA**

**REPLY TO: UNEXPLAINED DELAY OF AN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
HOSPITAL REGISTRY IN VILLA CLARA**

Dr. Alberto Morales Salinas¹, Dr. José Ignacio Ramírez Gómez², Dra. Liset Álvarez Guerra González³ y Dra. Regla Poveda Rodríguez³

1. Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral y Especialista de I Grado en Cardiología. Cardiocentro Ernesto Che Guevara". Santa Clara, Villa Clara. Profesor e Investigador Auxiliar. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Cardiología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Vicedirección de Enfermedades no Transmisibles del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Santa Clara, Villa Clara.

Señor Editor:

Agradecemos los comentarios de Rodríguez León y colaboradores¹. Nos gustaría realizar algunas acotaciones con relación a su carta y nuestro artículo².

Como bien señalan en su carta, desafortunadamente los registros hospitalarios constituyen un "hallazgo" en nuestras publicaciones médicas, precisamente la creación de un registro nacional de infarto agudo de miocardio (IAM) es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), y está en la agenda del Ministro de Salud Pública³. También coincido con Rodríguez León en que los datos de morbilidad por

cardiopatía isquémica que aparecen en el Anuario Estadístico del MINSAP son insuficientes, así como en que es importante comparar la conducta a seguir ante el IAM entre nuestras instituciones hospitalarias y contar con un agente fibrinolítico sin propiedades antigénicas¹.

Es cierto que este fármaco beneficiaría a subgrupos minoritarios, como por ejemplo los pacientes con reinfarto o trombosis de válvula protésica, por lo que podría considerarse un tratamiento poco coste-efectivo. Sin embargo, estos subgrupos consumen elevados recursos médicos y además, representan un universo en constante *in crescendo*, debido fundamentalmente al envejecimiento de la población cubana, al aumento de la supervivencia hospitalaria de los pacientes tras un primer IAM, la poca accesibilidad de la angioplastia coronaria con globo como primera

Correspondencia: Dr. A Morales Salinas
Cardiocentro Ernesto Che Guevara
Cuba 610, e/ Barcelona y Capitán Velazco
Santa Clara, CP 50200, Villa Clara, Cuba
Correo electrónico albert@cardiovc.sld.cu

estrategia de reperfusión y al desarrollo de la cirugía cardíaca en nuestro país^{2,3}.

En cuanto al primero de los aspectos que le preocupan a Rodríguez León y colaboradores¹, podemos señalar que nuestro estudio² forma parte de un proyecto que tiene como objetivo realizar un registro poblacional de IAM en el municipio de Santa Clara. Por esta razón el universo estuvo limitado a los casos de IAM pertenecientes a esa área geográfica y con edades de hasta 74 años. Lo cual facilita la comparación internacional de los resultados del registro poblacional (aún pendientes de ser publicados); sin embargo, afectan la validez externa de nuestro registro hospitalario²; pues los pacientes menores de 45 años y mayores de 74 representan aproximadamente el 5 y el 30 % respectivamente, del total de casos de IAM⁴.

Por último, coincidimos con Rodríguez León y colaboradores¹ en que los registros hospitalarios deben analizar los tiempos de retraso hasta el inicio del tratamiento fibrinolítico o al tratamiento de reperfusión, en general. Un elemento que refleja la importancia de esta estrategia, es que el tiempo hasta el tratamiento fibrinolítico es una de las ocho variables de la escala de riesgo coronario TIMI⁵. Escala que fue creada inicialmente para predecir la mortalidad a los 30 días del IAM con elevación del ST, pero que recientemente ha demostrado utilidad para predecir el riesgo cardiovascular a los 3 años⁶. En cuanto al análisis de las fibrinólisis que se realizan fuera de las Unidades Coronarias, es importante precisar que en estos momentos solo se efectúan en los servicios de urgencias de los tres hospitales incluidos en nuestro estudio, y no en todo el subsistema de urgencias pre-hospitalario del municipio de Santa Clara; quizás debido a la cercanía de estas dependencias de salud a los principales nosocomios, con lo cual se hace mínimo el tiempo de traslado al hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez León A, Reyes Hernández LM, Jiménez Trujillo JA. Inexplicable tardanza de un registro hospitalario de infarto agudo de miocardio en Villa Clara [Internet]. 2011 [citado 29 Feb 2011]; 3(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <ftp://ftp.sld.cu/corsalud/2011/v3n2a11/registro.htm>
2. Morales A, Ramírez JI, Castañeda L, Machín W, Álvarez L, Angulo R, Pérez JL, et al. Registro Hospitalario de Infarto Agudo de Miocardio en Santa Clara 2007-2008. CorSalud [Internet]. 2010 [citado 29 Feb 2011];2(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/cors/sumario/2010/v2n3a10/registro.htm>
3. Giraldo G. Three-Pronged Innovation to Improve Care for Acute Myocardial Infarction Patients in Cuba. MEDICC Review [Internet]. 2010 [citado 29 Feb 2011];12(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=13&id=151&a=va>
4. Krumholz HM. Cardiopatía isquémica en el anciano. Conferencia Especial del XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2001;54:819-26.
5. Morrow DA, Antman EM, Charlesworth A, Cairns R, Murphy SA, Lemos JA, et al. TIMI Risk Score for ST-Elevation Myocardial Infarction: A Convenient, Bedside, Clinical Score for Risk Assessment at Presentation: An Intravenous nPA for Treatment of Infarcting Myocardium Early II Trial Substudy. Circulation. 2000;102(17):2031-7.
6. Truong QA, Cannon CP, Zakai NA, Rogers IS, Giugliano RP, Wiviott SD, et al. TIMI Risk Index predicts long-term mortality and heart failure in patients with ST-elevation myocardial infarction in the TIMI-II Clinical Trial. Am Heart J. 2009;157(4): 673-9.