

REPERFUSIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST: ES TIEMPO DE ACTUAR

REPERFUSION IN ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION: IT IS TIME TO ACT

REVISTA CONAREC 2018;33(146):213-214 | DOI:10.32407/RCON/2018146/0213-0214

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial. Nuestro país no está fuera de la estadística, con un porcentaje cercano al 40%. Dentro de este porcentaje cumple un papel protagónico el infarto agudo de miocardio (IAM)^{1,2}.

Ya desde principios del siglo XIX se conocía que la trombosis coronaria es la causa del IAM. Pero no fue hasta el siglo XX que surgieron las primeras publicaciones acerca del tratamiento de la enfermedad y la importancia de la restauración de la circulación coronaria, señalando Herrick que "la esperanza para el miocardio dañado radica en asegurar un suministro de sangre a través de los vasos sanguíneos vecinos para restaurar en la medida de lo posible su integridad funcional". Años después, este mismo autor adaptó el electrocardiograma al reconocimiento del IAM. Eran los inicios del diagnóstico del Infarto agudo de miocardio con supradesnivel del ST³.

El tratamiento de esta entidad fue creciendo a pasos agigantados hasta que, gracias a grandes avances tecnológicos, se logró en 1977 llevar a cabo la primera angioplastia coronaria con balón y en 1986 la implantación del primer *stent*^{4,5}.

En la actualidad, uno de los principales desafíos, junto con el desarrollo de programas de promoción y prevención de la enfermedad cardiovascular, es la implementación de estrategias de acción que nos lleven a lograr, gracias al trabajo en equipo, la reducción de los tiempos necesarios para que el paciente reciba un tratamiento óptimo.

El artículo publicado en este número de nuestra revista es un ejemplo de cómo los residentes en conjunto con diferentes servicios del hospital podemos trabajar en pos de mejorar los tiempos de reperfusión de los pacientes que se atienden en nuestros centros.

En los últimos años, iniciativas como el ARGEN-IAM-ST o *Stent save a life* han comenzado a generar grupos de trabajo dedicados específicamente a identificar barreras y trabajar en ellas para lograr reducir los tiempos de reperfusión del infarto. El ejemplo más significativo es el Sistema en Red Integrada de los Hospitales Públicos de la ciudad de Rosario, Argentina⁶⁻⁹.

En el mencionado artículo "Estrategias Intrahospitalarias de mejora del tiempo puerta balón y evolución clínica en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con supradesnivel del ST" demuestra que la implementación de sistemas en red, con protocolos organizados de actuación pueden lograr acercarnos a los objetivos de tiempo de reperfusión estipulados a nivel mundial¹⁰.

Interesante resulta que, si bien no fue estadísticamente significativa, se observó una reducción en el objetivo compuesto de mortalidad, reinfarto y nueva revascularización a los 180 días. Esto nos plantea el interrogante acerca de qué sucederá con esos pacientes a 1, 2 o 5 años.

Además, sería interesante valorar otros puntos que quizás al momento de la evaluación en la guardia no tomamos en cuenta, como la clase funcional y disfunción ventricular a largo plazo, años de vida ajustados por discapacidad, y gastos en salud pública, entre otros.

Como residentes de Cardiología, y futuros cardiólogos, debemos seguir el ejemplo de este grupo de residentes y comprometernos en la monitorización de los tiempos de reperfusión para luego a través de su análisis plantear nuevas estrategias que puedan reducirlos. También cabe destacar que es primordial la implementación de programas de prevención cardiovascular y la formación de los ciudadanos para hacerlos partícipes y responsables de su salud.

MARÍA A. SPAMPINATO CANALS FRAU

Residente de Cardiología Clínica. Hospital Central de Mendoza, Rep. Argentina. agustinaspampinato@gmail.com

JAVIER I. ORTEGO

Médico cardiólogo de Unidad Coronaria. Hospital Central de Mendoza, Rep. Argentina

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS, *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2013*. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2013.
2. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. *Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association*. *Circulation* 2017;135(10):e146-e603.
3. Sarmento-Leite R, Krepsky AM, Gottschall CA. *Acute myocardial infarction. One century of history*. *Arq Bras Cardiol* 2001;77(6):593-610.
4. Braunwald E. *The treatment of acute myocardial infarction: the Past, the Present, and the Future*. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2012;1(1):9-12.
5. Tomberli B, Mattesini A, Iacopo Baldereschi G, Di Mario C. *Breve historia de los stents coronarios*. *Rev Esp Cardiol* 2018;71(5):312-9.
6. Calenta CH, Manavella BD, Mas LR, Arias LM, Najenson M, Zangroniz PD. *Código Infarto Rosario. Impacto de un modelo en red integrada en salud pública para la atención del paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del ST*. *Rev Fed Arg Cardiol* 2016;45(4):174-8.
7. Gagliardi JA, Charask A, Perna E, D'imperio H, Bono J, Castillo Costa Y, et al. *Encuesta nacional de infarto agudo de miocardio con elevación del ST en la República Argentina (ARGEN-IAM-ST)*. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:548-57.
8. Candiello A, Cigalini IM, Burgos L, Ortego JI, García Zamora S, Godoy Armando C. *Hoja de ruta en el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST*. *Revista CONAREC* 2017;33(138):13-4.
9. Ortego J, Aveni S, Ripa L, Estrella N, Suriano J, Ferraro M, et al. *Análisis de tiempos de intento de reperfusión en pacientes con infarto con elevación de ST*. *Revista CONAREC* 2016;32(137):274-8.
10. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. *2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)*. *Eur Heart J* 2018;39(2):119-77.