

Editorial

Mejora de la calidad de la asistencia en el infarto agudo de miocardio: es necesario prestar mayor atención al tratamiento médico óptimo a largo plazo y a la prevención secundaria

Improving Quality of Care of Acute Myocardial Infarction: More Focus Needed on Long-Term Optimal Medical Treatment and Secondary Prevention

Christiaan J.M. Vrints*

Department of Cardiology, Antwerp University Hospital, Edegem, Bélgica

Historia del artículo:

On-line el 15 de marzo de 2012

La reperfusión rápida, junto con la aspiración del trombo e implantación de *stents* coronarios, acompañada de un tratamiento adyuvante antiagregante plaquetario y antitrombótico potente, ha modificado drásticamente la evolución clínica del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Desde que a comienzos de los años setenta¹ se describiera el concepto de limitar el tamaño del infarto de miocardio mediante reperfusión miocárdica inmediata, la mortalidad intrahospitalaria del IAMCEST se ha reducido de un 30% a números de una sola cifra en los últimos ensayos clínicos de la reperfusión².

Aunque la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares se ha reducido a la mitad en los últimos 50 años³, sigue siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados^{4,5}. Además, durante las próximas décadas, las autoridades sanitarias tendrán que enfrentarse a un reto enorme, con el aumento progresivo y sustancial de la prevalencia y los costes de la enfermedad cardiovascular como consecuencia del envejecimiento de la población⁶.

Mediante el empleo de una base de datos administrativa sobre altas hospitalarias, Andrés et al⁷, en su artículo publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, analizan los resultados a largo plazo obtenidos en el infarto agudo de miocardio en Aragón entre 2000 y 2007. Su análisis pone de manifiesto que los reingresos por infarto agudo de miocardio recurrente son muy frecuentes: se registró un reingreso debido a un nuevo infarto agudo de miocardio en el 44,2% de los pacientes de 45 a 65 años durante el primer año y en el 73,9% a los 3 años del alta hospitalaria. Esta alta tasa de recurrencia concuerda con las observaciones realizadas en otros registros⁸⁻¹⁰: el tratamiento moderno de los síndromes coronarios agudos ha producido una notable mejora de los resultados clínicos intrahospitalarios, pero la carga de morbilidad durante el seguimiento inmediato y tardío es casi 3 o 4 veces superior al existente durante la hospitalización inicial.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.09.009, Rev Esp Cardiol. 2012;65:414-20.

* Autor para correspondencia: Department of Cardiology, Antwerp University Hospital, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem, Bélgica.

Correo electrónico: christiaan.vrints@ua.ac.be

Full English text available from: www.revespcardiol.org

Además, el riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes y de mortalidad durante el seguimiento a largo plazo es mayor en los pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación del ST en comparación con los pacientes con IAMCEST, cosa que no se había identificado hasta hace poco. Así pues, si queremos mejorar la calidad de la asistencia de los síndromes coronarios agudos, deberemos centrarnos más en la prevención de los eventos cardiovasculares recurrentes y de la mortalidad durante el seguimiento inicial y a largo plazo.

¿Cómo podemos hacerlo? En primer lugar realizando una revascularización coronaria más completa en los pacientes con IAMCEST que presentan una enfermedad coronaria en múltiples vasos. En comparación con la angioplastia realizada solamente en el vaso «culpable», la revascularización de múltiples vasos en los pacientes con IAMCEST se asoció a una reducción notable de los eventos adversos cardíacos mayores durante el seguimiento a largo plazo¹¹. En las lesiones «no culpables», si se demuestra que son significativas mediante la determinación de la reserva de flujo fraccional, probablemente lo mejor sea tratarlas mediante intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización aortocoronaria, en distintos momentos, ya sea durante la hospitalización inicial o poco después de ella, en lugar de hacer una intervención coronaria percutánea sobre múltiples vasos en la fase aguda del ingreso¹²⁻¹⁵.

Además, en los pacientes con una enfermedad cardiovascular preexistente, los diabéticos y los que tienen un número elevado de factores de riesgo cardiovascular, debemos estar muy atentos a la aplicación de un tratamiento médico óptimo y las medidas de prevención secundaria. La observación de Andrés et al⁷ de que el número de factores de riesgo cardiovascular presentes es un importante factor que determina reingreso y mortalidad durante el seguimiento a largo plazo, resalta nuevamente la importancia de incluir la rehabilitación cardíaca y otras medidas de prevención secundaria, además de la reperfusión, en las actuaciones combinadas que se utilizan para evaluar la calidad de la asistencia al IAMCEST¹⁶.

El importante papel de los factores de riesgo cardiovascular, como elementos determinantes de los eventos cardíacos recurrentes tras un infarto de miocardio, concuerda también con la observación de que más de la mitad de la reducción de la

mortalidad cardiovascular observada en los países desarrollados durante los últimos 50 años ha estado relacionada con la mejora de la prevención cardiovascular y con una mejor aplicación de los tratamientos médicos eficaces, más que con nuevas intervenciones terapéuticas tecnológicas¹⁷. El envejecimiento de la población llevará en un futuro próximo a un importante aumento de la necesidad de hospitalizaciones de pacientes por síndromes cardiovasculares agudos. Así pues, cualquier reducción que se consiga en la necesidad de rehospitalización tras un primer infarto agudo de miocardio mediante una prevención secundaria más efectiva de la enfermedad coronaria será más que bien recibida.

Por último, la observación de que un gran número de rehospitalizaciones se producen mucho después del periodo habitual de 12 meses de duración de un ensayo clínico aleatorizado resalta el importante papel complementario de los estudios observacionales y los registros a largo plazo en la evaluación de la eficacia de las nuevas modalidades terapéuticas o fármacos para la prevención secundaria tras el síndrome coronario agudo¹⁸.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maroko PR, Kjekshus JK, Sobel BE, Watanabe T, Covell JW, Ross Jr J, et al. Factors influencing infarct size following experimental coronary artery occlusions. *Circulation*. 1971;43:67–82.
2. Primary versus tenecteplase-facilitated percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction (ASSENT-4 PCI): randomised trial. *Lancet*. 2006;367:569–78.
3. Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *Eur Heart J*. 2006;27:107–13.
4. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics –2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123:e18–209.
5. Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. European cardiovascular disease statistics. Londres: British Heart Foundation; 2008.
6. Heidenreich PA, Trogon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States. *Circulation*. 2011;123:933–44.
7. Andrés E, Cordero A, Magán P, Alegría E, León M, Luengo E, et al. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio: un estudio de seguimiento de ocho años. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:414–20.
8. Fox KA, Carruthers KF, Dunbar DR, Graham C, Manning JR, De Raedt H, et al. Underestimated and under-recognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *Eur Heart J*. 2010;31:2755–64.
9. Garcia-Garcia C, Subirana I, Sala J, Bruguera J, Sanz G, Valle V, et al. Long-term prognosis of first myocardial infarction according to the electrocardiographic pattern (ST elevation myocardial infarction, non-ST elevation myocardial infarction and non-classified myocardial infarction) and revascularization procedures. *Am J Cardiol*. 2011;108:1061–7.
10. Polonski L, Gasior M, Gierlotka M, Osadnik T, Kalarus Z, Trusz-Gluza M, et al. A comparison of ST elevation versus non-ST elevation myocardial infarction outcomes in a large registry database: are non-ST myocardial infarctions associated with worse long-term prognoses? *Int J Cardiol*. 2011;152:70–7.
11. Politi L, Sgura F, Rossi R, Monopoli D, Guerri E, Leuzzi C, et al. A randomised trial of target-vessel versus multi-vessel revascularisation in ST-elevation myocardial infarction: major adverse cardiac events during long-term follow-up. *Heart*. 2010;96:662–7.
12. Widimsky P, Holmes DR. How to treat patients with ST-elevation acute myocardial infarction and multi-vessel disease? *Eur Heart J*. 2011;32:396–403.
13. Vlaar PJ, Mahmoud KD, Holmes Jr DR, Van Valkenhoef G, Hillege HL, Van der Horst ICC, et al. Culprit vessel only versus multivessel and staged percutaneous coronary intervention for multivessel disease in patients presenting with ST-segment elevation myocardial infarction: a pairwise and network meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58:692–703.
14. Kornowski R, Mehran R, Dangas G, Nikolsky E, Assali A, Claessen BE, et al. Prognostic impact of staged versus “one-time” multivessel percutaneous intervention in acute myocardial infarction: analysis from the HORIZONS-AMI (Harmonizing Outcomes With Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction) trial. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58:704–11.
15. Bittl JA. Interventional strategies for ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58:712–4.
16. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians and American College of Emergency Physicians Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Hospital Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:2046–99.
17. Björck L, Rosengren A, Bennett K, Lappas G, Capewell S. Modelling the decreasing coronary heart disease mortality in Sweden between 1986 and 2002. *Eur Heart J*. 2009;30:1046–56.
18. Bueno Hc, Armstrong PW, Buxton MJ, Danchin N, Lubsen J, Roland E, et al. The future of clinical trials in secondary prevention after acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2011;32:1583–9.