

Puesta al día: Síndromes coronarios agudos (VII)

Limitaciones de los programas regionales de angioplastia coronaria primaria: ¿la estrategia farmacoinvasiva todavía es una alternativa?



Nicolas Danchin*, Nelson Dos Santos Teixeira y Etienne Puymirat

Département de Cardiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris y Faculté de Médecine, Université Paris-Descartes, París, Francia

Historia del artículo:

On-line el 28 de junio de 2014

Palabras clave:

Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST
Fibrinólisis
Intervención coronaria percutánea primaria
Estrategia farmacoinvasiva

RESUMEN

Todas las guías recomiendan la intervención coronaria percutánea primaria como estrategia por defecto para el tratamiento de reperfusión de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Estas recomendaciones se basan en ensayos aleatorizados en los que se ha comparado la intervención coronaria percutánea primaria con la fibrinólisis intravenosa sola. Sin embargo, desde la época en que se llevaron a cabo esos ensayos, se han realizado otros estudios que han puesto de manifiesto que usar la intervención coronaria percutánea de rescate en pacientes que no presentan signos de reperfusión después del tratamiento lítico y la angiografía coronaria sistemática en las primeras 24 h tras la administración de dicho tratamiento para todos los demás pacientes mejora los resultados del tratamiento fibrinolítico intravenoso. Esto ha llevado a proponer la estrategia farmacoinvasiva como alternativa a la intervención coronaria percutánea primaria. De hecho, no es infrecuente que las circunstancias concretas impidan la intervención coronaria percutánea primaria dentro de los límites temporales recomendados en las guías. En tales casos, el uso de una estrategia farmacoinvasiva puede ser una alternativa válida. Tanto el ensayo aleatorizado STREAM como la experiencia de la práctica clínica real, y en especial los resultados a largo plazo del registro FAST-MI, indican que la estrategia farmacoinvasiva, cuando se utiliza en una población adecuada, puede compararse favorablemente con la intervención coronaria percutánea primaria. Así pues, la puesta en práctica de un protocolo de estrategia farmacoinvasiva puede ser un complemento importante para compensar las posibles limitaciones de las redes de tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Weaknesses in Regional Primary Coronary Angioplasty Programs: Is There Still a Role for a Pharmaco-invasive Approach?

ABSTRACT

All guidelines recommend primary percutaneous coronary intervention as the default strategy for achieving reperfusion in ST-segment elevation myocardial infarction patients. These recommendations are based upon randomized trials which compared primary percutaneous coronary intervention with stand-alone intravenous fibrinolysis. Since the time these trials were performed, however, it has been shown in further trials that use of rescue percutaneous coronary intervention in patients without signs of reperfusion after lysis, and routine coronary angiography within 24 h of the administration of lysis for all other patients, substantially improved the results of intravenous fibrinolytic treatment. This has led to proposing the pharmaco-invasive strategy as an alternative to primary percutaneous coronary intervention. Actually, it is not uncommon that circumstances prevent performing primary percutaneous coronary intervention within the recommended time limits set by the guidelines. In such cases, using a pharmaco-invasive strategy may constitute a valid alternative. Both the STREAM randomized trial and real-world experience, in particular the long-term results from the FAST-MI registry, suggest that the pharmaco-invasive strategy, when used in an appropriate population, compares favorably with primary percutaneous coronary intervention. Therefore, implementing a pharmaco-invasive strategy protocol may be an important complement to compensate for potential weaknesses in ST-segment elevation myocardial infarction networks.

Full English text available from: www.revespcardiologia.org/en

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

ST-segment elevation myocardial infarction
Fibrinolysis
Primary percutaneous coronary intervention
Pharmaco-invasive strategy

* Autor para correspondencia: Département de Cardiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75015 Paris, Francia.
Correo electrónico: danchin.hegp@yahoo.fr (N. Danchin).

Sección patrocinada por AstraZeneca

Abreviaturas

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

ICP: intervención coronaria percutánea

INTRODUCCIÓN

Tras los primeros ensayos aleatorizados en los que se comparó la fibrinólisis intravenosa con la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), que fueron inequívocamente favorables al segundo de estos enfoques por lo que respecta a los resultados clínicos, el uso de la ICP primaria ha aumentado exponencialmente en la mayoría de los países donde se dispone de angiografía coronaria. En paralelo con este aumento, la mortalidad de los pacientes con IAMCEST ha presentado una constante disminución, y muchos autores han propuesto que hay relación causal directa entre estas tendencias opuestas, considerando que el uso creciente de la ICP primaria es el principal, si no el único, factor que impulsa la mejora de los resultados clínicos.

Sin embargo, es preciso reconocer que la aplicación de la ICP primaria en el plazo apropiado continúa siendo una tarea difícil y, en este contexto, es preciso plantear la cuestión de si se debe buscar otras estrategias alternativas para los pacientes con los que es probable que se produzca un retraso que supere lo recomendado en las guías. La posición que ocupa la estrategia farmacoinvasiva, que combina la fibrinólisis intravenosa seguida de una angiografía coronaria semiurgente con una posible ICP, puede abordarse mediante una serie de interrogantes:

- ¿La reducción de la mortalidad que se observa en los pacientes con IAMCEST es atribuible exclusivamente al uso creciente de la ICP primaria?
- ¿Realmente es importante el tiempo transcurrido hasta la aplicación del tratamiento?
- ¿La estrategia farmacoinvasiva es superior a la fibrinólisis convencional utilizada como único método de reperfusión? ¿Y qué resultados da en comparación con la ICP primaria en ensayos aleatorizados?
- ¿Qué resultados da la estrategia farmacoinvasiva en comparación con la ICP primaria en la práctica clínica real?
- ¿Existen situaciones específicas en las que la estrategia farmacoinvasiva sea una alternativa creíble a la ICP primaria o pueda ser superior a ella?

¿LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD QUE SE OBSERVA EN LOS PACIENTES CON IAMCEST ES ATRIBUIBLE EXCLUSIVAMENTE AL USO CRECIENTE DE LA ICP PRIMARIA?

Múltiples estudios han documentado una disminución uniforme de la mortalidad temprana entre los pacientes ingresados por un infarto agudo de miocardio en los últimos 20 años¹⁻³. Sin embargo, en las bases de datos administrativas de gran tamaño, no es posible diferenciar el IAMCEST del infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. En estudios específicos de pacientes con IAMCEST, se han observado tendencias similares, con un aumento simultáneo del uso de ICP primaria^{4,5}. En consecuencia, muchos autores han considerado que el aumento de la utilización de ICP primaria puede haber sido el principal factor impulsor de la reducción de la mortalidad.

No obstante, es probable que esta conclusión sea una manifiesta simplificación. Utilizando los estudios sobre infarto agudo de miocardio entre 1995 y 2010 en Francia, se analizó específicamente los factores relacionados con la notable reducción de la mortalidad a lo largo del tiempo (la mortalidad a 30 días fue del 13,7% en 1995 y el 4,4% en 2010)⁶. De hecho, el cuadro general del IAMCEST presentó una evolución considerable durante ese periodo (tabla). Las características iniciales de la población de pacientes con IAMCEST se modificaron, con una reducción progresiva de la edad y un descenso simultáneo de la comorbilidad asociada. La conducta de los pacientes cambió, con un intervalo entre el inicio de los síntomas y la primera llamada muy inferior en los estudios más recientes; por consiguiente, hubo más pacientes transportados por el servicio de emergencias médicas (SAMU [*Service d'Aide Médicale Urgente*]). Algunas decisiones gubernamentales llevaron al cierre de los hospitales más pequeños, con el consiguiente aumento en el número medio de pacientes con IAMCEST tratados por centro; la terapia de reperfusión aumentó del 49 al 75%, y ello estuvo en relación principalmente con un importante aumento en el uso de ICP primaria (del 12 al 61%), mientras que el tratamiento fibrinolítico se redujo (del 38 al 14%). Por último, se observaron también cambios importantes por lo que respecta a las medicaciones administradas en la fase inicial (aumento del uso de antiagregantes plaquetarios, cambios en la pauta de anticoagulantes, aumento de la prescripción de bloqueadores beta e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, aumento importante de la prescripción de estatinas). Así pues, los cambios de la terapia de reperfusión no fueron ni mucho menos los únicos cambios observados durante un periodo en que la mortalidad se redujo en un grado considerable. De por sí, el cambio observado en las características iniciales de los pacientes explicaba alrededor de una cuarta parte de la disminución de la mortalidad, según lo indicado por la estandarización de

Tabla

Cambios en las características basales de los pacientes, la organización de la asistencia y el tratamiento inicial de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en los estudios de Francia, 1995-2010

	1995	2010
<i>Edad (años)</i>	66 ± 14	63 ± 14,5
<i>Tiempo desde inicio hasta el aviso (min), mediana</i>	Obtenido en 2000: 120	74
<i>Uso de SME (%)</i>	Obtenido en 2000	
Como primera actuación	23	49
En cualquier momento	55	81,5
<i>Pacientes con IAMCEST por mes y por centro</i>	5,1 ± 3,6	8,7 ± 8,0
<i>Terapia de reperfusión (%)</i>		
ICP primaria	12	61
Fibrinólisis i.v.	38	14
<i>Antiagregantes plaquetarios (%)</i>	92,4	97,4
<i>Anticoagulantes (%)</i>		
Heparina no fraccionada	96,4	44,8
Heparina de bajo peso molecular	0	62,3
Fondaparinux	0	13,5
Bivalirudina	0	4,4
<i>Bloqueadores beta</i>	65,2	80,7
IECA	47,7	64,8
<i>Estatinas</i>	9,8	89,9

i.v.: intravenosa; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; SEM: sistema de emergencias médicas.

Salvo otra indicación los datos expresan media ± desviación estándar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013488>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013488>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)