



Carta al editor

Poniéndole la lupa a la estrategia farmacoinvasiva

Keeping an eye on the pharmacoinvasive strategy

Frank W. Britto^{1,a}

Recibido: 22 de enero de 2024
Aceptado: 23 de enero de 2024
En línea: 25 de enero de 2024

Filiación de los autores
¹ Instituto Nacional Cardiovascular
INCOR, Lima, Perú.
^a Médico cardiólogo

Correspondencia
Jr. Coronel Zegarra 417, Jesús María

Correo
fbrittoster@gmail.com

Financiamiento
Autofinanciado.

Conflicto de intereses
Ninguno.

Citar como:
Britto FW. Poniéndole la lupa a la estrategia farmacoinvasiva. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc. 2024;5(1):59-60. doi: 10.47487/apcyccv.v5i1.344.



Esta obra tiene una licencia de
Creative Commons Atribución
4.0 Internacional

Sr. Editor:

Deseo felicitar a los autores de la oportuna revisión titulada «Propuesta de manejo inicial del infarto de miocardio con elevación del segmento ST no complicado en centros sin capacidad de intervención coronaria percutánea en el Perú»⁽¹⁾. Insisto en lo oportuno del artículo, porque recientemente EsSalud ha aprobado la directiva para la Red de Atención del Infarto Agudo de Miocardio (RADIAM)⁽²⁾.

La guía de práctica clínica de EsSalud para el manejo del infarto agudo de miocardio⁽³⁾, la directiva RADIAM y el presente artículo, señalan la necesidad imperiosa de transferir a los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), luego de fibrinólisis exitosa y estables, a centros de referencia con capacidad de intervención coronaria percutánea. Esta estrategia, llamada «farmacoinvasiva» ha demostrado la disminución del riesgo de reinfarto, desarrollo de isquemia recurrente y de falla cardíaca⁽⁴⁾.

Como señalan los autores, luego de dos horas de la fibrinólisis y antes de las 24 h del inicio del dolor, se requiere transferir al paciente para realizar una coronariografía y realizar una angioplastia de la arteria responsable del infarto, si está indicada.

Pero, ¿qué conducta tomar si el centro que realiza la fibrinólisis no puede transferir al paciente dentro de las 24 h?, ya sea por razones geográficas (lejanía, falta de medios de transporte con regularidad) o por razones logísticas (presupuesto, lentitud administrativa, fines de semana). Los autores, con buen criterio, recomiendan a los centros sin capacidad de intervención coronaria percutánea, realizar un «mapeo» de los tiempos de transferencia. Pero, hecho esto, ¿qué recomendamos?; ¿existen datos que sustenten la transferencia, después de las 24 h?; si decidimos transferir, ¿lo hacemos con todos los pacientes?

La guía de práctica clínica canadiense no tiene un nivel de evidencia para este escenario, pero recomienda que, en este caso, solo se transfieran los pacientes de alto riesgo⁽⁴⁾; en tanto que la guía de práctica clínica argentina para la reperusión del infarto agudo de miocardio recomienda únicamente transferir, en las primeras 24 h, a los pacientes de alto riesgo, además señala que el manejo conservador de aquellos sin alto riesgo es seguro⁽⁵⁾.

Por último, la guía de práctica clínica AHA/ACC para la revascularización miocárdica, coloca esta conducta como Ila B-A⁽⁶⁾, mientras que la NICE no especifica un tiempo límite, recomendándola durante la hospitalización⁽⁷⁾; a diferencia de la reciente guía de práctica clínica europea para el manejo de los síndromes coronarios agudos, que la coloca como IA⁽⁸⁾, aunque todas las guías comparten las mismas referencias bibliográficas.

Referencias bibliográficas

1. Custodio-Sánchez P, Miranda-Noé D, López-Rojas LM, Paredes-Paucar CP, Yábar-Galindo EG, Rojas De La Cuba P, *et al.* Propuesta de manejo inicial del infarto de miocardio con elevación del segmento ST no complicado en centros sin capacidad de intervención coronaria percutánea en el Perú. *Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc.* 2023;4(4):164-83. doi: 10.47487/apcyccv.v4i4.335.
2. Bedoya Velasco Cecilia María. Red de atención del infarto agudo de miocardio ST elevado en el Seguro Social de Salud – EsSalud [Internet]. Directiva N.º 11-GG-ESSALUD-2023. Lima: EsSalud; 2023 [citado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_1744_ESSALUD_2023.pdf
3. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI. Guía de práctica clínica para el manejo inicial del infarto agudo de miocardio con elevación persistente del segmento ST [Internet]. Lima: EsSalud; 2022 [citado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5843.pdf>
4. Wong GC, Welsford M, Ainsworth C, Abuzeid W, Fordyce CB, Greene J, *et al.* 2019 Canadian Cardiovascular Society / Canadian Association of Interventional Cardiology. Guidelines on the Acute Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Focused Update on Regionalization and Reperfusion. *Can J Cardiol.* 2019;35(2):107-132. doi: 10.1016/j.cjca.2018.11.031.
5. Ministerio de Salud de Argentina. Guía de práctica clínica nacional para la reperusión del infarto agudo de miocardio [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023 [citado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-para-la-reperfusion-del-infarto-agudo-de-miocardio>
6. Writing Committee Members; Lawton J, Tamis-Holland J, Bangalore S, Bates E, Beckie T, *et al.* 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for coronary artery revascularization: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jan 18;79(2):e21-e129. doi: 10.1016/j.jacc.2021.09.006.
7. National Institute for Health and Care Excellence – NICE. Acute coronary syndromes. NICE guideline 18 November 2020 [Internet]. Manchester: NICE; 2020 [citado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng185/resources/acute-coronary-syndromes-pdf-66142023361477>
8. Byrne RA, Rosello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, *et al.* ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023;44(38):3720-3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.