

# Programas de angioplastia primaria: ¿debemos redireccionar la iniciativa *Stent for Life* 10 años después?



## Primary angioplasty programs. Should we redirect the *Stent for Life* initiative 10 years later?

Manel Sabaté\*

Sección de Cardiología Intervencionista, Instituto Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000046>

En la Asamblea General de la *European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions* (EAPCI) de 2009 se llevó a cabo la ceremonia de adhesión de España a la iniciativa europea *Stent for Life*. La Dra. Fina Mauri, presidenta de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología, firmó la declaración de compromiso con dicha iniciativa, que se proponía mejorar el acceso de los pacientes e incrementar la utilización del intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPp) como mejor tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

La iniciativa *Stent for Life* había nacido 1 año antes (septiembre de 2008) como una alianza entre la Sociedad Europea de Cardiología, la EAPCI y Eucomed<sup>1</sup>. Se había evaluado la situación de la reperusión en el infarto en Europa y se llegó a la conclusión de que existía una gran heterogeneidad entre los diferentes países, con una globalmente escasa penetración del ICPp como tratamiento de elección<sup>2</sup>. Estas diferencias no tenían relación con el producto interior bruto (PIB) de los países: en aquellos con un PIB relativamente bajo (República Checa, Hungría, Eslovaquia, Eslovenia, Polonia, Lituania) se llevaba a cabo un número de ICPp por millón de habitantes muy superior al de otros con un PIB mayor, entre los que se encontraba España<sup>2</sup>. Por este motivo, nuestro país fue uno de los 6 elegidos para esta iniciativa, junto con Turquía, Francia, Grecia, Bulgaria y Serbia, todos con un número de ICPp menor de 200 por millón de habitantes (en España, en 2008, se realizaron 165 ICPp por millón de habitantes). Los objetivos que se plantearon en ese momento se presentan en la [tabla 1](#); eran objetivos numéricos de implementación y penetración de la técnica en el tratamiento del IAMCEST, y llevaban implícita la creación de redes de infarto agudo de miocardio.

En 2008, en España solo existían 4 redes de infarto bien estructuradas en las regiones de Murcia, Galicia, Islas Baleares y Comunidad Foral de Navarra, donde se realizaban entre 200 y casi 400 ICPp por millón de habitantes. Sin embargo, la existencia de estas 4 redes únicamente beneficiaba en última instancia a un 12,8% de la

población española. En el resto de las comunidades, el ICPp se llevaba a cabo de manera errática, con cifras inferiores o cercanas a 100 ICPp por millón de habitantes en algunas regiones (en la Comunidad Valenciana, el Principado de Asturias y Andalucía se efectuaron, respectivamente, 61, 78 y 106 ICPp por millón de habitantes)<sup>3</sup>. Estas diferencias regionales, a imagen y semejanza de lo que se producía en Europa, no se correlacionaban con el PIB de las distintas comunidades. Por tanto, la creación de una red de tratamiento del infarto de miocardio en un país desarrollado como el nuestro, dotado de una infraestructura hospitalaria completa, con profesionales bien formados y un sistema de emergencias médicas adecuado, pasaba a ser una cuestión puramente organizativa. En octubre de 2010, con el apoyo explícito de la Sociedad Española de Cardiología y de las secciones filiales de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista y de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias, se firmó una declaración de adhesión a *Stent for Life* por parte de todas las sociedades científicas de las diferentes comunidades ([figura 1](#)). A partir de ese momento, los esfuerzos se centraron en 3 niveles con el objetivo de implementar redes de infarto de forma progresiva y secuencial. En primer lugar, se realizó una aproximación política-mediática con las diferentes consejerías de sanidad. La publicación de los resultados comparativos entre las comunidades autónomas en diferentes medios de comunicación ([figura 2](#))

**Tabla 1.** Objetivos de la iniciativa *Stent for Life* de 2008

Definir regiones/países con una necesidad médica no cubierta de implementación del tratamiento óptimo del síndrome coronario agudo

Implementar un programa de acción para aumentar el acceso de los pacientes al tratamiento con ICPp:

- Incrementar el porcentaje de ICPp a > 70% de los pacientes con IAMCEST
- Conseguir unas tasas de ICPp > 600 por millón de habitantes al año
- Ofrecer un servicio 24/7 en todos los centros de angioplastia necesarios para cubrir la región/país

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; ICPp: intervencionismo coronario percutáneo primario.

\* **Autor para correspondencia:** Sección de Cardiología Intervencionista, Instituto Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona, Villarroel 170, 08036 Barcelona, España. Correo electrónico: [masabate@clinic.cat](mailto:masabate@clinic.cat) (M. Sabaté).

Online: 19-09-2019.

Full English text available from: [www.recintervcardiol.org/en](http://www.recintervcardiol.org/en).

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000046>

2604-7306 / © 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.



**Figura 1. A:** ceremonia de adhesión de las sociedades científicas de las comunidades autónomas a la iniciativa *Stent for Life* (Madrid, 4 de octubre de 2010); **B:** certificado de adhesión a la iniciativa *Stent for Life* de una sociedad filial (Sociedad Castellano-Leonesa de Cardiología) de la Sociedad Española de Cardiología.

contribuyó de manera efectiva a que fueran más receptivos y se implicaran en el problema. En paralelo, se intentaba concienciar a los profesionales, con publicaciones científicas y sesiones en congresos de cardiología, de la necesidad clínica de la implementación de estas redes de infarto<sup>4-7</sup>. Finalmente, se hizo una aproximación al paciente con campañas publicitarias, cuñas en medios de comunicación, con resultados positivos a corto plazo<sup>8</sup>. Este esfuerzo se sufragó en gran medida con el apoyo no condicionado de la industria. Tras 10 años de trabajo de muchas personas, puede decirse que *Stent for Life* ha ayudado a implementar las redes de infarto en gran parte del territorio nacional. En 2018, se llevaron a cabo 21.261 ICPp (en 2008 fueron 13.395), con una tasa media de 416 por millón de habitantes, que se considera adecuada según la prevalencia de la cardiopatía isquémica en nuestro país, sin grandes diferencias relevantes entre las comunidades autónomas<sup>9</sup>. Una vez llegados a este punto, ¿cuáles son los retos para la próxima década? La encuesta publicada en un reciente artículo de Rodríguez-Leor et al.<sup>10</sup> en *REC: Interventional Cardiology* proporciona algunos datos clave. Los objetivos actuales deberían centrarse en el profesional y en el paciente. En este momento, no se trata de abrir más centros o más programas, sino de hacer los procedimientos que corresponden a cada centro para mantener unos resultados de calidad. La satisfacción de los profesionales bien formados sobre la base de una adecuada retribución, la regulación del periodo de descanso y el correcto dimensionamiento de la plantilla acorde con las necesidades asistenciales son aspectos básicos que deben tenerse en cuenta en los centros de infarto. Asimismo, el relevo generacional debe llevarse a cabo manteniendo la calidad del proceso. La Administración debería plantearse de manera valiente el pago a los centros por resultados y que de manera directa este pudiera repercutir en el profesional que trata al paciente. Por otro lado, el tratamiento de pacientes de muy alta complejidad, como aquellos con IAMCEST complicado con *shock* cardiogénico, debería redirigirse directamente a centros especializados con la posibilidad de ofrecer técnicas avanzadas de soporte ventricular, cirugía cardíaca y trasplante. La mortalidad en este tipo de pacientes sigue siendo muy alta (alrededor del 50%). Por ello, cada red de infarto debería identificar sus centros de *shock* para el tratamiento de estos pacientes.

En resumen, los objetivos de *Stent for Life* para nuestro país deberían redirigirse a los nuevos retos clínicos y profesionales, siempre teniendo en cuenta al paciente como centro de la actuación clínica.

## AGRADECIMIENTOS

A los Dres. Matías Feldman, Ander Regueiro, José Ramón Rumoso y Miren Tellería por su dedicación a la iniciativa *Stent for Life*



**Figura 2.** Ejemplos de noticias aparecidas en los medios de comunicación sobre los resultados comparativos entre comunidades autónomas del tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

en España durante los últimos 10 años, así como a los miembros de las diferentes juntas de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista que han colaborado en su desarrollo.

## CONFLICTO DE INTERESES

M. Sabaté fue coordinador nacional de la iniciativa *Stent for Life* en España entre 2009 y 2013. No existen otros conflictos de intereses en relación con este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Widimsky P, Wijns W, Kaifoszova Z. Stent for Life: how this initiative began? *EuroIntervention*. 2012;8 Suppl P:P8-10.
2. Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. *Eur Heart J*. 2010;31:943-957.
3. Baz JA, Pinar E, Albarrán A, Mauri J; Spanish Society of Cardiology Working Group on Cardiac Catheterization and Interventional Cardiology. Spanish Cardiac Catheterization and Coronary Intervention Registry. 17th official report of the Spanish Society of Cardiology Working Group on Cardiac Catheterization and Interventional Cardiology (1990-2007). *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1298-1314.
4. Kristensen SD, Fajadet J, Di Mario C, et al. Implementation of primary angioplasty in Europe: Stent for Life initiative progress report. *EuroIntervention*. 2012;8:35-42.

5. Kristensen SD, Laut KG, Fajadet J, et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *Eur Heart J.* 2014;35:1957-1970.
6. Regueiro A, Bosch J, Martín-Yuste V, et al. Cost-effectiveness of a European ST-segment elevation myocardial infarction network: results from the Catalan Codi Infart network. *BMJ Open.* 2015;5:e009148.
7. Gómez-Hospital JA, Dallaglio PD, Sánchez-Salado JC, et al. Impact on delay times and characteristics of patients undergoing primary percutaneous coronary intervention in the southern metropolitan area of Barcelona after implementation of the infarction code program. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:911-918.
8. Regueiro A, Rosas A, Kaifoszova Z, et al. Impact of the "ACT NOW. SAVE A LIFE" public awareness campaign on the performance of a European STEMI network. *Int J Cardiol.* 2015;197:110-112.
9. Spanish Society of Cardiology Working Group on Cardiac Catheterization and Interventional Cardiology. Spanish Cardiac Catheterization and Coronary Intervention Registry. Disponible en: <https://www.hemodinamica.com/cientifico/registro-de-actividad/>. Consultado 3 Jul 2019.
10. Rodríguez-Leor O, Cid-Alvarez A, Moreno R, et al. Survey on the needs of primary angioplasty programs in Spain. *REC Interv Cardiol.* 2020;2: 8-14.