Carta al editor

The New England Journal of Medicine, CorSalud y las enfermedades cardiovasculares

The New England Journal of Medicine, CorSalud and Cardiovascular Disease

Francisco Luis Moreno Martínez[1]

[1] Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Santa Clara, Santa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
Moreno-Martínez F. The New England Journal of Medicine, CorSalud y las enfermedades cardiovasculares. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2012 [citado 2026 Oct 9]; 2(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/106

Recibido: 2012-03-07 00:46:17
Aprobado: 2012-03-20 11:25:15

Correspondencia: Francisco Luis Moreno Martínez. Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Santa Clara moreno@cardiovc.sld.cu

Editor:

The New England Journal of Medicine (NEJM), ícono de las revistas médicas del mundo, ha cumplido 200 años. Desde el pequeño rincón que representa CorSalud deseamos trasmitir nuestra más sincera felicitación a la revista y a todos los que, durante estos dos siglos, han sido capaces de mantener la calidad de la cual se pueden enorgullecer.

Médicos de todas partes del mundo han aprendido de sus páginas, pues NEJM abarca los más variados temas y especialidades de la medicina. Recordamos haber recibido varios números de la revista que contribuyeron a ampliar nuestros conocimientos, desde la etapa de pregrado, luego en los años de residencia, en un período de grandes dificultades con la bibliografía actualizada en el país. Muchos de esos ejemplares impresos fueron donados al hospital y a la Facultad de Ciencias Médicas de Morón y algunos permanecen aun en sus bibliotecas.

En aquel entonces no contábamos con internet y cualquier material didáctico era muy valioso, mucho más cuando venía de NEJM, varias semanas después de haber sido editado. No podemos olvidar artículos de revisión como *Antioxidants and atherosclerotic heart disease,*[1] *Drug treatment of lipid disorders,*[2] y *Atherosclerosis – An inflammatory disease,*[3] por solo mencionar algunos ejemplos, que fueron muy importantes para nuestra formación como cardiólogos.

Anécdotas personales como esta deben existir muchas, todas reconociendo la calidad científica de NEJM; sin embargo, hay experiencias colectivas que van más allá de lo anecdótico. Con el desarrollo de internet, a pesar de los intereses económicos de muchas de las prestigiosas revistas internacionales, NEJM ha mantenido la decisión de publicar muchos de sus artículos gratuitamente (*open access*), para contribuir al desarrollo de la comunidad científica.

En el primer número de esta serie del aniversario de NEJM aparece un artículo de Nabel y Braunwald[4] sobre la enfermedad arterial coronaria; ello puede estar dado por el hecho de que durante estos 200 años la enfermedad cardiovascular, especialmente la cardiopatía isquémica, continúa siendo la primera causa de muerte en los países desarrollados y en vías de desarrollo,[5,6] a pesar de los avances tecnológicos y de los progresos de la industria farmacéutica. Por tal motivo, constituye un gran reto y una elevadísima responsabilidad que se alcancen los niveles adecuados de promoción de salud y el control de los factores de riesgo (FR) aterogénico,

para reducir la incidencia de cardiopatía isquémica y la consecuente morbilidad o discapacidad, con disminución de la calidad de vida y de años social y laboralmente útiles; y en el peor de los casos, la muerte.

El infarto agudo de miocardio, la manifestación más letal de la cardiopatía isquémica, tuvo una etapa contemplativa donde nos limitábamos a observar la evolución del paciente; posteriormente utilizamos una estrategia farmacológica por vía oral orientada a aliviar el dolor y reducir las demandas y el consumo miocárdico de oxígeno.[7] El gran número de muertes por arritmias ventriculares letales durante la fase aguda, condicionó el surgimiento de las Unidades de Cuidados Coronarios[8] y, finalmente, logramos actuar sobre la causa: recanalizar la arteria responsable del infarto.[9] Primero fue la estrategia farmacológica con varios fibrinolíticos, donde destacan la estreptoquinasa y el t-PA; y luego la reperfusión mecánica con la introducción de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP),[10] inicialmente realizada solo con balón, hasta que se introdujeron las endoprótesis coronarias.[11]

El 16 de septiembre de 1977 marcó un hito en el tratamiento de la enfermedad coronaria, fecha en Andreas Grüntzig, en Zurich, realizó la primera ACTP.[10] Desde ese momento surgió un nuevo problema que no hemos podido resolver aun: la reestenosis.[12]

Cuando la ACTP se hacía solamente con balón, la reestenosis era de aproximadamente un 30 % en pacientes no diabéticos.[13] La utilización de las endoprótesis la redujo hasta cerca de 20 % y con la introducción de las endoprótesis liberadoras de fármacos, hemos logrado que esta complicación solo se presente en aproximadamente el 10 % de los pacientes;[13] sin embargo, aun no se ha logrado eliminar.

En estos momentos se reconoce que le ACTP primaria es la opción terapéutica de elección para los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Pero el éxito en el tratamiento del síndrome coronario agudo está condicionado por la poca prevención y control lograda sobre los FR.[5,6] Según Carro,[14] "...los pacientes con cardiopatía isquémica no sólo tienen una elevada prevalencia de FR coronario, sino que el control de estos es muy pobre (...) enfatizar únicamente en la importancia de controlar los FR en la prevención secundaria, implica considerar como bueno el hecho de llegar siempre demasiado tarde. De hecho, y quizá de forma paradójica, nuestra implicación en el ámbito de la prevención primaria es todavía mucho menor".

Por eso debemos estimular el trabajo del médico de familia en la promoción de salud, pues el control de los FR aterogénicos es de vital importancia para lograr los resultados deseados a largo plazo.[5,14] El endotelio vascular es uno solo y los FR aterogénicos lo afectan a cualquier nivel, por eso su control reducirá también la incidencia de las enfermedades cerebrovascular y arterial periférica.

El elevado nivel alcanzado en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos o de la angina de esfuerzo estable es, sin dudas, un logro sobre la consecuencia de una enfermedad crónica: la aterosclerosis; pero aun nos queda mucho por hacer para tratar la causa: prevenir y controlar los FR.

En medio de la difícil tarea de prevenir y tratar las enfermedades cardiovasculares, CorSalud se ha propuesto la misión de contribuir al desarrollo de la comunidad cardiológica nacional y foránea. Nuestra revista es muy joven, pero desde sus comienzos ha puesto su voluntad por lograr un alto nivel científico, y con solo tres años de existencia ya está incluida en importantes repositorios del mundo. NEJM es un ejemplo a seguir y el colectivo de CorSalud aspira –con su esfuerzo, dedicación y amor al trabajo–, cumplir 100, 200 y muchos años más, dedicados a difundir el quehacer científico e investigativo de los cardiólogos, cirujanos cardiovasculares y otros especialistas afines de nuestro país y de cualquier parte del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diaz MN, Frei B, Vita JA, Keaney JF. Antioxidants and atherosclerotic heart disease. N Engl J Med. 1997;337(6):408-16

2. Knopp RH. Drug treatment of lipid disorders. N Engl J Med. 1999;341(7):498-511

3. Ross R. Atherosclerosis – An inflammatory disease. N Engl J Med. 1999;340(2):115-26

4. Nabel EG, Braunwald E. A tale of coronary artery disease and myocardial infarction. N Engl J Med. 2012;366(1):54-63

5. Moreno Martínez FL, Escobar Blanco A, Díaz López F, Alegret Rodríguez M, López-Bernal OJ, Aladro Miranda I, et al. Factores de riesgo coronario y riesgo cardiovascular en personas adultas de un área de salud de Rancho Veloz (Cuba). Clin Invest Arterioscl. 2008;20(4):151-61

6. Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, et al. Lifetime Risks of Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2012;366(4):321-9

7. Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. Circulation. 2006;113(19):2363-72

8. Ting P, Chua TSJ, Wong A, Sim LL, Tan VWD, Koh TH. Trends in mortality from acute myocardial infarction in the Coronary Care Unit. Ann Acad Med Singapore. 2007;36(12):974-9

9. Di Mario C, Dudek D, Piscione F, Mielecki W, Savonitto S, Murena E, et al. Immediate angioplasty versus standard therapy with rescue angioplasty after thrombolysis in the Combined Abciximab REteplase Stent Study in Acute Myocardial Infarction (CARESS-in-AMI): an open, prospective, randomised, multicentre trial. Lancet. 2008;371(9612):559-68

10. Grüntzig AR, Senning A, Siegenthaler WE. Nonoperative dilation of coronary-artery stenosis: percutaneous transluminal coronary angioplasty. N Engl J Med. 1979;301(2):61-8

11. Doostzadeh J, Clark LN, Bezenek S, Pierson W, Sood PR, Sudhir K. Recent progress in percutaneous coronary intervention: evolution of the drug-eluting stents, focus on the XIENCE V drug-eluting stent. Coron Artery Dis. 2010;21(1):46-56

12. Farooq V, Gogas BD, Serruys PW. Restenosis: delineating the numerous causes of drug-eluting stent restenosis. Circ Cardiovasc Interv. 2011;4(2):195-205

13. Palacios IF. Intervenciones coronarias percutáneas en pacientes diabéticos. Rev Argent Cardiol [revista en Internet]. 2009 [citado 29 Ene 2012];77(6):[aprox. 32p]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482009000600013

14. Carro A. Factores de riesgo cardiovascular, una epidemia ¿prevenible?. CorSalud [revista en Internet]. 2012 [citado 29 Ene 2012];4(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.corsalud.sld.cu/pdf/2012/v4n1a12/es/epidemia.pdf