

MEDIO: FM SAN AGUSTÍN  
FECHA: 3 de agosto de 2017  
UBICACIÓN: Home Page

LINK PERMANENTE: <http://fmsanagustin.com.ar/web/mas-muertes-por-infartos-por-demoras-en-la-atencion-y-malos-habitos-saludables/>

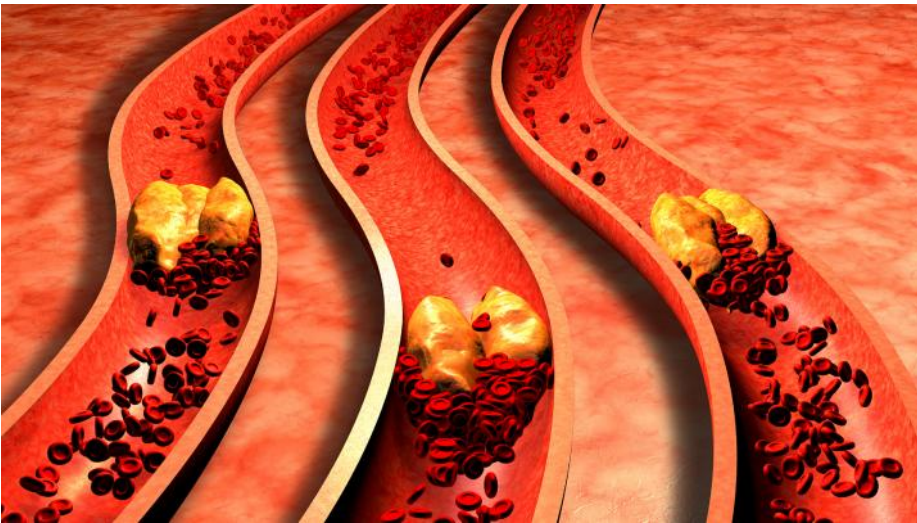
## ***MÁS MUERTES POR INFARTOS POR DEMORAS EN LA ATENCIÓN Y MALOS HÁBITOS SALUDABLES***



Una sumatoria de razones claves hicieron aumentar la mortalidad por infarto en la Argentina en los últimos 10 años, según esgrimen especialistas en cardiología del país.

La amplia disparidad sanitaria, la cada vez más baja calidad de vida, los malos hábitos que atentan contra la salud, las demoras en la atención del paciente infartado y el crecimiento poblacional en edad forman un combo mortal para que haya cada vez más infartos en nuestro país.

Jorge Belardi, director del [Instituto Cardiovascular de Buenos Aires](#) (ICBA) explicó que el crecimiento de muerte por infarto en el país se debe a muchas causas, pero principalmente en la demora en arribar al centro asistencial.



“La fragmentación del sistema de salud en la Argentina es muy amplio, de acuerdo a la cobertura médica que cada uno tiene. El infarto es una emergencia, por lo que debería concentrarse todo en un único número para llamar, con un sistema de salud consolidado que acuda a auxiliar al paciente y luego derivarlo a cada centro sanitario que corresponda. Pero hay pocas ambulancias con electrocardiogramas en todo el país, por ejemplo”, reflexionó Belardi, que destacó el sistema sanitario en Rosario “que está muy bien armado”.

Responsables de la organización del XXIII [Congreso Anual de la Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista](#)(SOLACI) y XXVII [Congreso Anual del Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas](#) (CACI), el encuentro científico más importante de la especialidad en nuestra región, que se llevará a cabo en Buenos Aires del 2 al 4 de agosto también destacaron los problemas en la atención de las urgencias.

“La sumatoria de un conjunto de factores que van desde la demora del paciente en reconocer y darle entidad a los síntomas y en notificar a las personas de su entorno sobre la situación, la tardanza en solicitar asistencia médica de urgencia, la espera de la ambulancia y, muchas veces, también retrasos atribuibles a la propia intervención médica, hacen que se pierda un tiempo clave y que se atente contra el éxito en la atención de la persona frente a un cuadro de infarto agudo de miocardio”, afirmaron en un comunicado.

### **Estadísticas que preocupan**

Sobre un número estimado promedio de 50 mil infartos anuales en nuestro país, las cifras oficiales del Ministerio de Salud para 2015 dan un total de 17.130 muertes por esta causa<sup>1</sup>, lo que representa una relación prácticamente de 1 fallecimiento por cada 3 episodios. Mientras que en 2005 hubo 14.502 muertes, es decir, un 18% más en una década.



Además, la mortalidad intrahospitalaria es elevada en el país. Según datos del estudio [ARGEN-IAM-ST](#), realizado en forma conjunta por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y la Federación Argentina de Cardiología (FAC), sobre un total de 1.759 pacientes que llegaron a la guardia con un infarto, se registró una mortalidad de 8,8%. Ese estudio se realizó en 247 centros de todo el país.

También se destaca la mortalidad intrahospitalaria elevada a nivel nacional de acuerdo al estudio ARGEN IAM-ST, realizado en forma conjunta por la [Sociedad Argentina de Cardiología](#) (SAC) y la [Federación Argentina de Cardiología](#) (FAC), sobre un total de 1759 personas con infarto que llegaron a la guardia de 247 centros de todo el país, observaron un nivel de mortalidad del 8,8%2.

“Este valor corresponde a un grupo de centros seleccionados especialmente para participar en este relevamiento científico, por lo que es de suponer que la mortalidad nacional sea aún mayor”, destacó el doctor Alejandro Cherro, presidente del [Colegio de Cardioangiólogos Intervencionistas](#) (CACI).

En contrapartida, agregó, “según los resultados del estudio RAdAC ([Registro Argentino de Angioplastia Coronaria](#)) en aquellos pacientes con Infarto Agudo de Miocardio que fueron tratados en su totalidad con angioplastia coronaria (método más efectivo para recanalizar un vaso totalmente obstruido) la mortalidad cae a valores de 4.3%”.



Para el doctor Alejandro Palacios, cardioangiólogo intervencionista y Director del Comité Organizador del Congreso SOLACI-CACI 2017, “el problema es que muchos pacientes -se estima que prácticamente 1 de cada 3- ni siquiera llegan al centro asistencial, y aun entre los que sí acceden a la atención médica, todavía es muy elevado el nivel de mortalidad en comparación con parámetros internacionales”.

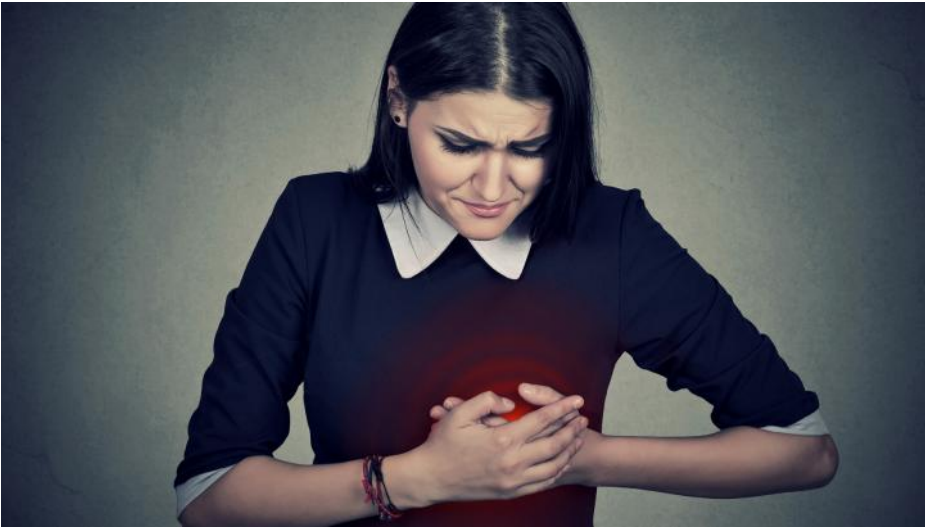
“Solo por dar algunos ejemplos, la tasa de mortalidad intrahospitalaria en Estados Unidos de acuerdo a las guías clínicas de 2013 oscila entre un 5 y un 6%, mientras que en España alcanza al 7,4%, en Francia al 4,4% y en Bélgica al 7,5%”, agregó el doctor Daniel Berrocal, también cardioangiólogo intervencionista y ex presidente de la SAC.

“El alto nivel de mortalidad intrahospitalaria se debe en gran medida a la demora del paciente en acudir en busca de atención médica: casi 1 de cada 2 (45%) llega al centro asistencial luego de las 3 horas de comenzado el dolor, por lo que es importantísima la concientización de la población sobre la consulta inmediata a un centro con servicio de hemodinamia ante los primeros síntomas del infarto”, alertó Cherro.

Pero además de las responsabilidades imputables al propio paciente, muchas veces se presentan limitaciones atribuibles al sistema de salud, que van desde retrasos en el traslado de la ambulancia, demoras en la atención en el centro asistencial, falta de salas de hemodinamia (lo que obliga a una nueva derivación) y escasez en la disponibilidad de medicación trombolítica, que es aquella indicada para administrarle por vía endovenosa al paciente que sabemos va a ser demorado, hasta tanto se concrete su derivación a un centro con disponibilidad de sala de hemodinamia.

La propia [Asociación Americana del Corazón](#) (AHA) estableció bajo el concepto de ‘Cadena de Supervivencia’, una serie de recomendaciones para la atención de una persona frente a un episodio cardíaco, incluyendo fundamentalmente el llamado inmediato a emergencias, la llegada temprana y la asistencia en la ambulancia, y una adecuada atención hospitalaria.





“Otra circunstancia no menor es que las personas se infartan en cualquier lugar y hora y, a pesar de estar cerca de algún centro asistencial, por requerimiento de su obra social o prepaga o por decisión del servicio público de emergencias, es derivado al centro contratado y no al más cercano, perdiéndose minutos valiosos en la congestionada Buenos Aires que atentan contra la atención temprana del paciente”, completó Palacios.

Entre otras conclusiones del Estudio ARGEN IAM, se observó que 4 de cada 10 de los centros participantes no contaban con sala de hemodinamia y que el 16,5% de los pacientes atendidos con diagnóstico de infarto no había recibido ninguna terapia de reperfusión (angioplastia o medicación antitrombótica/fibrinolítica) dentro de las primeras 24 horas de iniciados los síntomas<sup>2</sup>. Pasado ese lapso, se considera que la angioplastia y mucho menos los antitrombóticos, ya no aportan ningún beneficio.

“La derivación es una contrariedad y siempre atenta contra el éxito del tratamiento: un 37% de los pacientes en el Estudio ARGEN IAM debieron ser derivados, expuestos a una demora que superó las 2 horas, y en ellos se observó que presentaron un 35% menos de probabilidades de acceder a medicación fibrinolítica de reperfusión (desobstrucción) arterial y una menor calidad en la terapia, ya que fueron sometidos a un 49% menos de angioplastias primarias”, insistió el doctor Cherro.

Al existir un retraso tan grande en los tiempos de reperfusión asociados al traslado de pacientes a centros de mayor complejidad, los especialistas recomiendan, a) establecer una estrategia fármaco-invasiva (en base a antitrombóticos) en este grupo de pacientes que deben ser derivados; b) entrenar a los médicos de emergencia para una pronta derivación con el especialista, ya que los retrasos en la consulta fueron la principal razón de la demora en la reperfusión; y c) continuar educando a la población para una pronta consulta al servicio de emergencias, considerando la demora que se observó entre el inicio de los síntomas y el pedido de ayuda médica.

### **Acerca del infarto**

Se produce un infarto cuando una arteria coronaria se obstruye totalmente, impidiendo el paso de la sangre al corazón. El objetivo primario del tratamiento del infarto es el restablecimiento del flujo sanguíneo en forma urgente, para lo cual el procedimiento más efectivo es la realización de una angioplastia coronaria de urgencia (con más del 95% de éxito de recanalización).

En aquellos casos en que el paciente fue derivado a un centro que no cuenta con sala de hemodinamia para la realización de la angioplastia, se aconseja aplicarle medicación fibrinolítica endovenosa (la cual también produce la disolución del coágulo que tapa la arteria coronaria, pero solo en menos del 60% de los casos) y derivarlo en forma urgente a otro centro en el que sí puedan completar la desobstrucción del vaso con la realización de una angioplastia.

“El infarto, ante todo, conlleva para la persona un importante riesgo de muerte y una pérdida tanto en su calidad de vida como en la de su entorno familiar, pero en segundo lugar también afecta al sistema, ya que representa un verdadero problema de salud pública: cuanto más tarde sea atendido el paciente o inferiores sean las condiciones de su tratamiento, presentará luego un nivel de discapacidad mayor y será un individuo menos productivo que le insumirá elevadísimos costos al sistema en términos de asistencia médica y medicación”, reflexionó el doctor Daniel Berrocal.

### **Malos hábitos saludables**

Jorge Belardi también argumentó que hoy existen más datos y un mejor registro de que la enfermedad coronaria avanza. “Existen más datos de entidades privadas, pero todavía no hay un registro nacional de infartos. Y los datos oficiales hoy son necesarios para abordar la problemática”, apuntó.



Y destacó que en el país no hay un crecimiento de los hábitos de vida saludables: “No hay un cuidado de salud adecuado. No estamos comiendo bien. Tampoco el tabaquismo baja lo suficiente. Los hábitos saludables son conocidos por todos pero no todos los aplican”.

En coincidencia con Belardi, el doctor Juan José Herrera Paz, jefe de cardiología del [Instituto Fleni](#), afirmó que el país tiene cada vez más enfermos cardiovasculares. “La población debería tener menos factores de riesgo para que la enfermedad arterial no se manifieste tanto. Hay cada vez más sedentarismo, obesidad, diabetes y una dieta poco saludable”, remarcó el especialista.

“Hubo un crecimiento demográfico pero también un cambio en la calidad de vida de la gente en los últimos años. Debemos prevenir las enfermedades cardiovasculares, que por ejemplo terminan con un ACV o infarto, desde la infancia, aplicando hábitos saludables en la alimentación y en concientizar sobre los efectos nocivos del cigarrillo”, destacó Herrera Paz, que también hizo mención del crecimiento de infartos derivado por el consumo de drogas en la juventud.

### **Sobre el Estudio ARGEN IAM-ST**

Esta investigación, denominada ‘[Relevamiento Nacional de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST](#)’ (ARGEN IAM-ST) involucró a 1759 pacientes infartados de 247 centros de todo el país. La edad promedio de los participantes fue de 61 años (66,2 en las mujeres y 59,7 en los varones).

Tuvo por objetivo relevar en todo el territorio, en la forma más amplia posible, aspectos de la clínica, demoras, esquemas de tratamiento y resultados, con precisiones suficientes que permitan en forma rápida la adopción de políticas para la mejora en la calidad de atención y su control ulterior. El trabajo fue desarrollado por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y la Federación Argentina de Cardiología (FAC).