

## Realidad del manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Argentina

DOCUMENTO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (SAC), LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (FAC), LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI), EL COLEGIO ARGENTINO DE CARDIOANGIÓLOGOS INTERVENCIONISTAS (CACI), LA FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA (FCA), LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PATOLOGÍA DE URGENCIA Y EMERGENTOLOGÍA (SAPUE) Y EL CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA (CONAREC)

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayor causa de muerte en nuestro país, con alrededor de un tercio de todos los casos en las últimas referencias de las estadísticas nacionales. El infarto agudo de miocardio es una de sus presentaciones más agresivas y durante su etapa aguda y por sus consecuencias posteriores contribuye a buena parte de esta mortalidad. Proyecciones actuales de estudios epidemiológicos permiten estimar en más de 40.000 las internaciones por infarto anuales en nuestro país, con una edad promedio para el primer infarto de 52 años en diferentes estudios.

En las dos últimas décadas se han incorporado al tratamiento del infarto numerosos aportes que permiten reducir su morbimortalidad. En la fase aguda, las estrategias de reperfusión, que en forma farmacológica o mecánica contribuyen a recuperar el flujo coronario, reducen notoriamente la morbimortalidad.

Sobre la base de una serie de informaciones complementarias, podemos estimar que un número elevado de pacientes en condiciones de ser tratados con estrategias de reperfusión no acceden a este tratamiento, con la consecuencia de miles de muertes evitables. La falta de aplicación de medidas consensuadas y, tanto en el ámbito nacional como internacional, reconocidamente efectivas en el tratamiento de una enfermedad epidémica como el infarto constituye una expresión de la inequidad en el acceso de la población a recursos diagnósticos y terapéuticos, situación que debemos contribuir a corregir.

Un Grupo de Trabajo, integrado por profesionales de centros asistenciales tanto públicos como privados con larga experiencia en el manejo de pacientes con síndromes coronarios agudos y participación en sociedades científico-académicas, se ha autoconvocado con el fin de debatir la estrategia para adoptar en pos de superar este grave problema de la Salud Pública. El documento elaborado resume este debate y las propuestas para ser elevadas a las autoridades de distintas sociedades científicas vinculadas al tema a los fines de su consideración y su discusión con las autoridades sanitarias nacionales y provinciales competentes.

### DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA Y PLANTEO CONCEPTUAL

El infarto agudo de miocardio es una enfermedad de incidencia elevada en nuestro país y en la que diferentes estimaciones indican que no se aplican adecua-

damente las estrategias validadas que permiten mejorar su morbimortalidad. Aunque existe coincidencia sobre la sistemática y las medidas de tratamiento por parte de todas las sociedades científicas, esto no se traduce en su correcta aplicación.

En la atención del infarto agudo de miocardio se han logrado grandes avances que permiten reducir su morbimortalidad, en particular las estrategias de reperfusión coronaria implementadas en las primeras horas de evolución: la trombólisis farmacológica y la angioplastia primaria. Las sociedades científicas argentinas cuentan con encuestas y relevamientos efectuados en forma periódica en los últimos 20 años que muestran el empleo creciente de estas estrategias en las redes de unidades de cuidados intensivos con motivación académica. Sin embargo, proyecciones epidemiológicas y el análisis del uso real de agentes trombolíticos y de la angioplastia permiten suponer que un porcentaje elevado de los infartos en el país no son asistidos con estas estrategias de reperfusión. Su falta de aplicación lleva a miles de muertes evitables. Carecemos en ese sentido de estadísticas nacionales sobre la incidencia de infartos internados y sus formas de tratamiento fuera de estas redes académicas.

Las sociedades científicas han elaborado sistemáticas y consensos sobre tratamiento del infarto que en forma unánime incluyen las medidas que internacionalmente hoy se consideran básicas para tal fin. Sin embargo, la aplicación real de estas medidas de gran impacto poblacional se ha visto limitada por una multiplicidad de obstáculos que requieren estrategias adecuadas de corrección.

En este sentido, la propuesta actual es comenzar el desarrollo de *políticas activas* por parte de las sociedades científicas y las autoridades sanitarias que permitan adoptar un estándar básico de asistencia del infarto en sus diferentes fases, su implementación a través de intervenciones educativas a la comunidad general y a los profesionales de la salud, la provisión de recursos adecuados en todos los segmentos del sistema de atención y herramientas de registro y evaluación permanente de la eficacia de las medidas adoptadas. De esta forma se busca influir sobre los diferentes actores del proceso de diagnóstico y tratamiento del infarto y, así, salvar el gran déficit en la calidad de su atención.

Las estrategias para modificar la situación actual en el manejo precoz del infarto deben estar dirigidas

a las diferentes etapas asistenciales, desde el reconocimiento de la posibilidad de un cuadro de riesgo por parte de la comunidad en general a la respuesta integral del sistema asistencial desde sus ámbitos técnico-administrativos y profesionales. Dada la heterogeneidad del sistema de atención por áreas geográficas y coberturas, es imprescindible elaborar una serie de medidas que configuren un estándar de calidad de atención del infarto, que puedan ser evaluadas en su funcionamiento y mejoradas de acuerdo con sus resultados.

Enumeramos en forma sintética algunos de los obstáculos y las propuestas preliminares de solución dentro del contexto de la adopción de *políticas activas*:

#### PLANTEO DEL PROBLEMA Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- a) Falta de reconocimiento por parte de la población de que el dolor torácico aun en personas jóvenes puede representar una situación grave. Su corrección requiere campañas educativas permanentes en medios de difusión pública y diferentes niveles educativos sobre aquellos problemas que deben llevar rápidamente a la consulta.
- b) Demoras en la atención adecuada, consultas multiplicadas por sistemas sin recursos técnicos adecuados para la atención, falta de coordinación interinstitucional para la derivación a la mejor opción terapéutica según región y horario.

Sin pretender agotar las medidas requeridas, y a título de ejemplo, se enuncian:

- Entrenamiento de operadores de sistemas de emergencia para que la consulta por dolor torácico sospechoso de infarto implique el envío sin demora de médicos con disponibilidad de los elementos necesarios (electrocardiógrafo, cardiodesfibrilador, drogas). No debería admitirse que frente a una consulta por dolor torácico o shock la ambulancia que concurre a la emergencia carezca de un electrocardiógrafo e idealmente de un cardiodesfibrilador.
- Perfeccionamiento del sistema de recepción en instituciones para que los pacientes con dolor torácico en guardia sean atendidos rápidamente con realización precoz del diagnóstico.
- Entrenamiento de los médicos de atención primaria y generales sobre conductas básicas en dolor torácico, acompañados de la provisión de equipamiento sencillo como electrocardiógrafo y la posibilidad de consulta profesional a centros que les brinde asesoramiento las 24 horas.
- Análisis de las posibilidades de derivación-internación en el primer contacto con el paciente, en particular de los sistemas de ambulancias de emergencia, para que con un algoritmo sencillo y asesoramiento telefónico se realicen en primera instancia los pasos diagnósticos y en consecuencia se decida cuál es el tratamiento de reperfusión más ade-

cuado para cada caso y dónde debe efectuarse (ambulancia, centro con disponibilidad sólo de trombolíticos o centro con angioplastia coronaria).

Todas estas propuestas, debido a la multiplicidad de ámbitos geográficos, niveles de complejidad y sistemas de cobertura, pueden ser unificadas para su aplicación a través de la elaboración de un *estándar de asistencia prehospitalaria e intrahospitalaria precoz previa a las unidades intensivas*, que establezca pautas claras para la calidad de asistencia del dolor torácico, lo que permitiría implementarlas por los sistemas de emergencia.

- c) Falta de aplicación de estrategias de reperfusión aun en pacientes internados o con diagnóstico de infarto. Falta de disponibilidad de recursos. Establecer como estándar básico de asistencia del infarto que todo paciente con dolor precordial prolongado y elevación del segmento ST debe recibir estrategias de reperfusión, medida que debe considerarse el objetivo primario. Esto permitirá luego evaluar en cada contexto institucional si la calidad de atención es adecuada y adoptar las medidas de corrección. En este aspecto parece imprescindible no sólo un acuerdo en líneas básicas por las sociedades científicas, que ya existe dada la solidez de las pruebas científicas en esta temática, sino que dicho acuerdo se exprese en una sistemática sencilla y que las autoridades sanitarias colaboren para que ésta represente una exigencia básica de cumplimiento obligatorio. En tal sentido, y aunque se ha establecido por ley como requisito básico para el funcionamiento de unidades de cuidado intensivo, la falta de disponibilidad de drogas trombolíticas para la emergencia en muchas instituciones públicas y privadas de baja complejidad pero que atienden pacientes con infarto es un hecho que motiva gran preocupación.
- d) Falta de estadísticas nacionales sobre la incidencia de infarto agudo de miocardio y su forma de tratamiento.

Esta propuesta, en nuestra opinión, constituye un paso adelante hacia un mayor compromiso de la comunidad médica para intentar la aplicación de medidas de diagnóstico y asistenciales que permitan salvar miles de pacientes en una patología epidémica. Sería de gran importancia para la concreción de ese compromiso que los diferentes actores generen un sistema de registro epidemiológico adecuado para la cuantificación, la evaluación de los resultados de las medidas adoptadas y su lógico ajuste prospectivo. En razón de ello surgen dos propuestas básicas:

- Propender a un registro de la atención de las patologías cardiovasculares agudas que sea compartido por las diferentes sociedades científicas, en forma periódica o permanente.

- Elaboración de un relevamiento nacional de la incidencia de patología cardiovascular de urgencia internada por regiones y sus formas de tratamiento, que necesariamente debería ser impulsado por las autoridades sanitarias en forma similar al Relevamiento Nacional de Factores de Riesgo.

#### **TAREA DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS**

El Grupo de Trabajo considera que este proyecto debe ser debatido y profundizado por las sociedades científicas, a través de un proyecto intersocietario que permita una continuidad del programa, la elaboración de mecanismos de evaluación prospectiva de las medi-

das adoptadas y la eventual redefinición de estrategias. Este proyecto permitiría el aporte de un asesoramiento a las autoridades sanitarias en el abordaje de este problema de graves implicaciones para la población.

#### **Comité de Redacción**

Jorge Allín, Carlos Barrero, Fernando Botto, Adrián Charask, Ignacio Chaves, Fernando Di Tommaso, Enrique Dominè, Mario Fitz Maurice, Juan Gagliardi, Liliana Grinfeld, Ricardo Iglesias, Mario Kenar, Hugo Lastiri, Juan Cruz López Diez, Víctor Mauro, Eduardo Mele, Alfredo Piombo, Antonio Pocoví, Ignacio Previgliano, Mariano Rivet, Florencia Rolandi, Ricardo Ronderos, Eduardo San Román, Marcelo Struminger, Carlos Tajer.