

MEDIO: TUCUMÁN NOTICIAS.com
FECHA: 1° de agosto de 2016
UBICACIÓN: Home Page

LINK PERMANENTE: <http://www.tucumanoticias.com.ar/noticia/salud/uno-de-cada-tres-argentinos-que-sufren-un-infarto-muere-168524.html>

Uno de cada tres argentinos que sufren un infarto, muere

Sobre un estimado de 50 mil infartos anuales, fallecen 17.130 personas en ese mismo período. Mientras que la mortalidad intrahospitalaria, medida exclusivamente entre los que llegan a recibir atención médica, oscila en cerca de 1 de cada 10



“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”. Así lo afirmaron los 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.

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 causa¹, lo que representa una relación prácticamente de 1 fallecimiento por cada 3 episodios. Mientras que los resultados preliminares a nivel nacional 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 personas con infarto que llegaron a la guardia de 247 centros de todo el país, observaron un nivel de mortalidad del 8,8%.

“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 Dr. Alejandro Cherro, cardioangiólogo intervencionista, Presidente del Colegio Argentino 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 Dr. 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 Dr. Daniel Berrocal, también cardioangiólogo intervencionista y ex presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología (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 el Dr. 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 el Dr. 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 síntomas². 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 Dr. 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.