

REALIDAD DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA ARGENTINA

REALITY OF THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN ARGENTINA

REVISTA CONAREC 2015;31(130):142-143 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

Entrevista al **Dr. Ricardo Iglesias** (Expresidente del CONAREC 1984) realizada por el **Dr. Nicolás González** (Médico de planta Servicio de Cardiología, Sanatorio Finochietto, Expresidente del CONAREC 2012) sobre distintos aspectos relacionados con el infarto agudo de miocardio en la Argentina.

Dr. Nicolás González: *¿Qué lugar ocupan las enfermedades cardiovasculares entre las principales causas de muerte?*

Dr. Ricardo Iglesias: Constituyen la primera causa de muerte en los países más desarrollados. Se estima que 1 de cada 3 muertes es de origen cardiovascular

NG: *¿Podemos estimar la incidencia de infartos en la Argentina?*

RI: Si bien no existen cifras oficiales acerca de la incidencia de infarto en la Argentina, con la información proveniente de un registro hospitalario de una comunidad cerrada se han podido realizar estimaciones epidemiológicas de gran valor. Estos datos, extrapolados a todo el país, permitirían estimar, a grandes rasgos, una incidencia anual de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCST) de 8 cada 10.000 habitantes. Si consideramos al subgrupo mayor de 35 años, esta cifra se elevaría a 19 cada 10.000 habitantes, que arrojaría un total de, aproximadamente, 31.640 infartos por año en todo el país¹.

NG: *¿Cuáles son los principales factores que han logrado modificar el pronóstico del infarto de miocardio?*

RI: Como primera medida hay que remarcar la creación de las unidades coronarias. Con el control de los eventos arrítmicos se logró reducir en más del 50% la mortalidad en la etapa aguda. Como segundo punto, se destaca el uso rutinario de aspirina y betabloqueantes. En la actualidad, y desde ya hace varios años, el desafío está centrado en la apertura temprana de la arteria responsable del infarto, ya sea con el uso de trombolíticos o bien con la utilización de la angioplastia primaria.

NG: *¿Se logra un adecuado tratamiento con la angioplastia primaria?*

RI: Lamentablemente, el porcentaje de pacientes admitidos dentro

de las 6 horas de iniciado el dolor, en las diferentes encuestas SAC, se encuentra entre el 65-70%. Dicho de otra forma, 1 de cada 3 pacientes no logran ser tratados dentro de las 6 horas consideradas como óptimas para la revascularización coronaria. De hecho, algunos registros demuestran una demora en promedio hasta la admisión de 7,5 horas².

NG: *¿Cuál es la técnica más utilizada para la perfusión coronaria?*

RI: La escasa utilización de fibrinolíticos y el uso creciente de la angioplastia primaria deja en evidencia la tendencia actual en nuestro país a utilizar esta última como principal estrategia de perfusión.

NG: *¿Se ha logrado modificar la mortalidad intrahospitalaria con todos los tratamientos instaurados en los últimos 20 años?*

RI: En la atención del infarto agudo de miocardio se han logrado grandes avances que permiten reducir su morbimortalidad, en particular las estrategias de perfusión 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 perfusión. 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.

NG: *¿Qué herramientas debemos fortalecer o desarrollar para optimizar el manejo del infarto de miocardio?*

RI: Es fundamental la información que nos aportan los registros hospitalarios, que permiten evaluar y controlar las conductas implementadas en el tratamiento. Además, es fundamental establecer algoritmos de trabajo en cada institución respaldados por las guías nacionales e internacionales.

NG: *¿Qué medidas se están llevando?*

RI: 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

✉ Correspondencia: nigonza@gmail.com.

educativas a la comunidad general y a los profesionales de la salud, la provisión de recursos adecuada 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.

NG: *¿A dónde cree usted que deben ir dirigidas las medidas adoptadas?*

RI: 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.

NG: *¿Cuál es el papel que cumplen las sociedades científicas en el manejo del infarto de miocardio?*

RI: 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.

NG: *¿Dónde cree que hay dificultades para el correcto manejo del infarto de miocardio?*

RI: Enumero en forma sintética algunos de los obstáculos y algunas de las posibles soluciones:

- 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 edu-

cativos sobre aquellos problemas que deben llevar rápidamente a la consulta.

- 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. Se plantea el entrenamiento de telefonistas de sistemas de emergencia para que la consulta por dolor torácico sospechoso de infarto implique el envío sin demora de médicos y/o paramédicos con disponibilidad de los elementos necesarios (electrocardiógrafo, cardiodesfibrilador, drogas). También es de suma importancia el perfeccionamiento del sistema de recepción en instituciones para que los pacientes con dolor torácico en guardia sean atendidos rápidamente con realización precoz del diagnóstico.

- Falta de aplicación de estrategias de reperfusión aun en pacientes internados o con diagnóstico de infarto. Falta de disponibilidad de recursos. Se debe 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.

NG: *Le solicito una reflexión final.*

RI: En palabras de Ramón Carrillo "la salud es una decisión política"; esto implica entender que la salud no es un gasto sino una inversión. El Estado a través de sus organismos responsables debe desarrollar acciones concretas en la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, las organizaciones no gubernamentales tienen también la obligación moral de dar respuestas a los problemas poblacionales. Muchas de las medidas enumeradas requieren, además, que el conjunto de médicos dedicados a la atención cardiovascular se sume a esta tarea. No debemos olvidar las palabras de la Madre Teresa de Calcuta, cuando en lo individual nos invade la angustia ante la magnitud del problema:

"A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota"

BIBLIOGRAFÍA

1. García Aurelio MJ, Cohen Arazi H, Higa C, Gómez Santa María HR, Mauro VM, Fernández H, et al. Infarto agudo de miocardio con supradesnivel persistente del segmento ST. Registro multicéntrico SCAR (Síndromes Coronarios Agudos en Argentina) de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:275-284.
2. Pérez GE, Costabel JP, González N, Zaidel E, Altamirano M, Schiavone M, et al. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Registro CONAREC XVII. *Revista CONAREC* 2013;4(121):0213-0221.