Artículos originales

Calidad de la atención médica a pacientes con infarto agudo del miocardio. Cienfuegos 2011

Quality of Care for Patients with Acute Myocardial Infarction. Cienfuegos 2011

Hilda María Delgado Acosta[1] Dania Pedraza Alejo[1] Francisco de Jesús Valladares Carvajal[2] Karelys Lastre Navarro[1] Lucía Hernández Torres[1] Darehyne Ávila Piña[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Delgado-Acosta H, Pedraza-Alejo D, Valladares-Carvajal F, Lastre-Navarro K, Hernández-Torres L, Ávila-Piña D. Calidad de la atención médica a pacientes con infarto agudo del miocardio. Cienfuegos 2011. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2013 [citado 2025 Jul 12]; 3(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/213

Resumen

Fundamento: la evaluación constituye una herramienta para mejorar la calidad de la atención a los pacientes.
Objetivo: evaluar la calidad de la atención médica a pacientes con infarto agudo de miocardio admitidos en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos en junio de 2011.
Métodos: se realizó una investigación de sistemas y servicios de salud en la que se analizaron como variables: las relacionadas con estructura (recursos humanos y materiales), procesos (cumplimiento de los protocolos establecidos para la atención) y resultados (impacto en la mortalidad). Se aplicó un formulario a los 22 pacientes estudiados, se utilizó una guía de observación que evaluó la existencia de recursos humanos y materiales necesarios para la atención en el hospital. Los datos se procesaron en el programa SPSS 15,0 y se expresaron en números absolutos y porcientos.
Resultados: en la dimensión estructura no se encontraron carencias de recursos materiales esenciales para la atención, hubo dificultades con la cobertura de enfermería en el Servicio de Cardiología. En la atención prehospitalaria hubo demora en acudir a consulta, dificultades en la prescripción de aspirina y la no realización de trombólisis. En la posthospitalaria se centraron en la rehabilitación y trabajo en la modificación de los factores de riesgo asociados. En el hospital hubo dificultades en la realización de las pruebas ergométricas al alta y en la remisión para la rehabilitación en el Área de Salud.
Conclusiones: existen dificultades en la calidad de atención a los pacientes, dificultades que se hacen más evidentes en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: calidad de la atención de salud, infarto del miocardio, atención primaria de salud

Abstract

Background: assessment is a tool to improve quality of patient care.
Objective: to assess the quality of care for patients with acute myocardial infarction admitted to the Gustavo Aldereguía Lima Hospital in Cienfuegos in June 2011.
Methods: a research was conducted in health systems and services in which the following variables were analyzed: structures (human and material resources), processes (compliance with care protocols) and results (impact on mortality). A formulary was applied to 22 patients; an observation guide was used to assess the existence of the human and material resources required for providing hospital care. Data were processed using SPSS 15,0 and they were expressed in absolute values and percentages.
Results: concerning structure, there were enough essential material resources for providing medical care; problems with nursing staffing in the Cardiology Service were found. In pre-hospital care, difficulties were related to delayed presentation to consultation, aspirin prescriptions and non-performance of thrombolysis. In post-hospital care, most problems were in rehabilitation and modification of associated risk factors. In the hospital, there were difficulties in conducting ergometer tests at discharge and referring patients for rehabilitation in the health area.
Conclusions: there are difficulties in quality of patient care that become more evident in primary health care.

Key words: quality of health care, myocardial infarction, primary health care

Recibido: 2013-06-21 10:26:09
Aprobado: 2013-09-05 15:37:38

Correspondencia: Hilda María Delgado Acosta. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. hildada@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En Medicina es muy difícil evaluar la calidad de la atención a los pacientes, ya que un trato cortés, amable y paternal no siempre va acompañado de una adecuada selección de las medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas, ni tampoco de la prudente y cuidadosa realización de los procedimientos técnicos. Una preocupación permanente en lo concerniente a la prestación de los servicios médicos, y una adecuada evaluación de la asistencia que se brinda a los pacientes, redundará en la calidad de la atención que se proporciona.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian, quien hace un análisis de este proceso desde tres enfoques clásicos (estructura, proceso y resultados) que constituye en la actualidad, el paradigma dominante de evaluación de la atención a la salud. La evaluación del funcionamiento de los servicios, devenidos de la aplicación de estos enfoques, permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud.[1]

El Programa de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud está en fase de consolidación y exhibe resultados de investigaciones, con impacto en problemas prioritarios de este sector, cuando todavía enfrenta dificultades. Su proyección hasta el 2015 tiene como propósito: erradicar las debilidades, responder a los desafíos y controlar los dilemas, mediante la transformación de las directrices trazadas en pro de más equidad, calidad y eficiencia de los servicios médicos. Múltiples han sido los servicios y tecnologías que se han extendido en nuestro país, para ampliar así la capacidad resolutiva de los policlínicos comunitarios y para acercar dichos servicios a la población, además de que se han perfeccionado los que se brindan a nivel hospitalario.[2-4]

Por todo esto se hace cada vez más necesario realizar estudios que evalúen la calidad con que estos servicios se realizan.

La provincia Cienfuegos ha alcanzado resultados satisfactorios en la atención a pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM) al exhibir indicadores favorables, sobre todo en la letalidad hospitalaria, pues cuenta con un Servicio de Cardiología que es pionero en la aplicación de guías de prácticas clínicas para el abordaje de esta enfermedad, que han sido evaluadas periódicamente con resultados favorables en su implementación.

Además de este servicio, la provincia cuenta con siete salas de cuidados intensivos municipales y 22 salas de rehabilitación que se involucran directamente con la atención de estos pacientes, que parte inicialmente de la atención en los consultorios médicos de la familia para así completar el diseño de la red de atención que deben recibir los pacientes con enfermedades crónicas desde los diferentes niveles de prevención.

A pesar de que la estructura está diseñada para brindar un servicio de óptima calidad, no siempre se alcanzan indicadores que lo demuestren, porque se han detectando brechas en su funcionamiento, por esa razón se decide realizar esta investigación que tiene como propósito: evaluar la calidad de la atención a los paciente con infarto agudo del miocardio en la provincia Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, al aplicar una investigación en sistemas y servicios de salud para evaluar la calidad de la atención médica que recibieron los pacientes que ingresaron y egresaron con diagnóstico de infarto agudo del miocardio (IAM) en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos durante el mes de junio del año 2011.

Fue aplicado como instrumento un formulario en el cual se vertió información brindada por familiares, la revisión de historias clínicas y una guía de observación que se aplicó en el cuerpo de guardia y la sala de cardiología del Hospital que permitió recoger variables relacionadas con estructura (recursos humanos y materiales), procesos (cumplimiento de los protocolos establecidos para la atención) y resultados (impacto en la mortalidad). Estas variables fueron evaluadas en la atención prehospitalaria, en el cuerpo de guardia del Hospital, en la sala y luego del alta en el consultorio médico de la familia.

El instrumento fue aplicado por residentes de la especialidad de Higiene y Epidemiología que visitaron el centro asistencial, todos los días del mes de junio en diferentes horarios. También

colaboraron en el estudio los funcionarios que atienden las enfermedades no transmisibles (ENT) en los municipios que siguieron la cohorte de pacientes hasta 28 días y luego hasta 11 meses después del evento clínico.

El estudio se hizo con el consentimiento del jefe de Servicio de Cardiología del Hospital y el Vicedirector del Área Clínica.

El análisis de la información se realizó en el programa SPSS versión 15,0 y se utilizaron porcentajes y números absolutos para su interpretación. Los resultados se expresaron en tablas.

RESULTADOS

Dimensión estructura

En esta dimensión se evaluaron en el cuerpo de guardia y sala de cardiología: el estado constructivo, ventilación, recogida y disposición de residuos, iluminación, abasto de agua y limpieza de los locales. Solo resultó evaluada de regular, la ventilación del cuerpo de guardia, por lo que de forma general estos aspectos se evaluaron de bien.

- Recursos materiales en cuerpo de guardia:

En general cuentan con: cánulas, jeringuillas, agujas, trocar y medicamentos como: bicarbonato de sodio, sulfato de magnesio, sulfato de calcio, morfina, heparidina, estreptokinasa, oxígeno, nitroglicerina, cuentan además con determinaciones para fracciones de la enzima TGO (CK total y CKMB).

Las mayores dificultades estuvieron en la existencia de solo un desfibrilador en el cuerpo de guardia y la no existencia de marcapaso externo y troponina.

No obstante, esta carencia de recursos no limitó la atención a los pacientes, por lo que se evaluó de bien.

- Recursos humanos en cuerpo de guardia

Recursos humanos	No.
Médicos según plantilla	5
Médicos reales	5
	Todos capacitados en la realización de electrocardiograma (ECG) reanimación cardiopulmonar (RCP) y trombólisis.
Especialización	Intensivistas, el 75 % con 5 años o más con experiencia en el trabajo en urgencia.
Enfermeros en plantilla	10
	Todos con más de 5 años de experiencia en urgencias y capacitados en los dos últimos años en ECG, RCP y trombólisis.

- Recursos humanos en la sala de cardiología

Recursos humanos	No.
Médicos según plantilla	10
Médicos reales	10
Especialización	Todos especialistas en cardiología, de ellos 6 especialistas de II Grado y 3 MSc. en Urgencias Médicas. Intensivistas, el 75 % con 5 años o más con experiencia en el trabajo en urgencia.
Enfermeros en plantilla	25 de ellos cubiertos 19, de ellos 13 licenciados y 1 especialista en Urgencias Médicas.

Dimensión proceso

Durante el período de estudio fueron atendidos en el Hospital un total de 22 pacientes con el diagnóstico de IAM. Todos los municipios excepto Aguada aportaron casos, de ellos el 45,5 % fueron del municipio de Cienfuegos seguido del municipio de Cruces con un 13,6 %.

Los grupos de edad más afectados fueron los de 71 a 75 años con un 27,3 % seguido del grupo de 56 a 60 años con un 18,2 %. La mediana de la edad fue de 70 años para toda la serie, con una desviación típica de 9,7. Predominó el sexo masculino con un 59,1 %.

Hubo 8 pacientes que refirieron haber padecido un IAM con anterioridad, representados por un 36,4 %. Dos pacientes tuvieron insuficiencia cardíaca crónica (ICC) previa para un 9,1 % y uno recibió baipás previo para un 4,5 %. No hubo antecedentes de angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) ni de endoprótesis vascular, la realización de este procedimiento no estaba disponible en nuestra provincia.

Los factores de riesgo que predominaron fueron: la hipertensión arterial (HTA) en el 59,1 % de los pacientes, seguido del tabaquismo y la diabetes mellitus representados por un 22,7 % respectivamente. Entre otros antecedentes patológicos se incluyeron dos pacientes que padecían de angina estable para un 9,1 %. No hubo pacientes con antecedentes de dislipoproteinemia, de angina inestable ni otras enfermedades cardiovasculares previas.

El índice de masa corporal (IMC) sobrepeso y obeso fue otro de los factores de riesgo que más incidieron en la serie con un 40,9 % y un 18,2 % respectivamente que suma un 59,1 %, lo que representa que más de la mitad de los pacientes tenían un IMC entre sobrepeso y obeso.

Para hacer una mejor evaluación del proceso de atención se dividieron los grupos de pacientes de acuerdo al diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) y con elevación del ST (SCACEST).

Atención prehospitalaria

Del total de pacientes, 18 recibieron atención prehospitalaria para un 81,8 % de ellos 8 con SCASEST para un 44,4 % y 10 con SCACEST para un 55,5 %.

El 31,8 % demoró menos de una hora en recibir atención prehospitalaria, seguido de un 27,3 % que demoró más de tres horas. Hubo 4 pacientes que no recibieron atención prehospitalaria y acudieron directamente al Hospital que representó un 18,2 %.

Relacionado con el diagnóstico se observó que los pacientes que tuvieron un SCASEST demoraron más en acudir a recibir atención médica que los que tuvieron SCACEST. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según tiempo de demora entre el inicio de los síntomas y la primera atención prehospitalaria

Tiempo de demora	SCASEST		SCACEST		Total	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 1 hora	2	22,2	5	38,5	**7**	**31,8**
De 1 a 3 horas	3	33,3	2	15,3	**5**	**22,7**
Más de 3 horas	3	33,3	3	23,1	**6**	**27,3**
No tuvieron atención prehospitalaria	1	11,2	3	23,1	**4**	**18,2**
Total	**9**	**100,0**	**13**	**100,0**	**22**	**100,0**

Tratamiento administrado en la atención prehospitalaria

Solo al 38,8 % de los que recibieron atención prehospitalaria se le administró aspirina (AAS) correspondiéndose con 7 pacientes, de ellos el 71,4 % tuvieron un SCASEST. Es importante destacar que de los 10 pacientes con SCACEST que recibieron atención prehospitalaria solo 2 fueron tratados con AAS para un 20 %.

El 22,7 % recibió tratamiento prehospitalario con morfina, el 91,6 % recibió oxígeno y el 77,7 % fue tratado con nitroglicerina. El 50 % de los que recibieron tratamiento prehospitalario se utilizaron los betabloqueadores. Ninguno de los pacientes recibió tratamiento prehospitalario con estreptokinasa recombinante. Las causas fueron:

- En el caso del municipio de Cienfuegos, no se realiza este procedimiento en ninguno de sus policlínicos por estar cercanos al hospital, lo que se corresponde con 10 pacientes que representaron el 45,5 % del total.
- Hubo 8 pacientes que no cumplían criterio para su realización.
- Hubo 4 pacientes que no recibieron atención prehospitalaria pues fueron directamente al hospital.

El 38,8 % de los pacientes que recibieron atención prehospitalaria fueron trasladados hacia el hospital en transporte sanitario, el resto acudió por sus medios al hospital.

Solo el 16,6 % (3 pacientes) presentó complicaciones prehospitalarias. Las complicaciones fueron edema agudo del pulmón, arritmias (2) y choque cardiogénico (1).
De forma general alrededor de un 66,6 % de los pacientes y/o familiares expresaron que la calidad de la atención prehospitalaria fue entre excelente y buena, sin embargo un 33,4 % la catalogó entre regular y mala, estos últimos a expensas de los pacientes diagnosticados con SCACEST.

Los pacientes con SCASEST percibieron una mejor atención. (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción de la calidad de la atención médica prehospitalaria recibida

Criterios	SCASEST		SCACEST		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Excelente	2	22,2	1	11,1	**3**	**16,6**
Buena	5	55,6	4	44,4	**9**	**50,0**
Sub total	**7**	**77,8**	**5**	**55,5**	**12**	**66,6**
Regular	2	22,2	3	33,4	**5**	**27,8**
Mala	0	0,0	1	11,1	**1**	**5,6**
Sub total	**2**	**22,2**	**4**	**44,5**	**6**	**33,4**
Total	**9**	**100,0**	**9**	**100,0**	**18**	**100,0**

Análisis de la atención en cuerpo de guardia del hospital

Se trombolizaron en cuerpo de guardia 9 pacientes para un 41 %. De ellos predominaron los pacientes con SCACEST de acuerdo a los criterios establecidos para el procedimiento, se logró realizar la trombólisis en el 53,8 % de estos pacientes.

Las causas por las cuales no se realizó la trombólisis en los pacientes con SCACEST fueron: por el
tiempo prolongado entre inicio de los síntomas y el diagnóstico (3), ICC (1), EAP (1) y falleció en cuerpo de guardia (1). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según realización de la trombólisis

Realización de trombólisis	SCASEST		SCACEST		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Sí	2	22,2	7	53,8	**9**	**41,0**
No	7	77,8	6	46,2	**13**	**59,0**
Total	**9**	**100,0**	**13**	**100,0**	**22**	**100,0**

La trombólisis se efectuó en menos de 30 minutos en el 55,5 % de los casos, seguido de los de 30 minutos para un 33,3 %. Solo hubo 1 que pasó de los 30 minutos, que representó un 11,2 % con un tiempo de 40 minutos desde su llegada al cuerpo de guardia hasta su realización.

De forma general el tiempo de demora desde su llegada al hospital hasta la trombólisis no sobrepasó los 30 minutos en el 88,8 % de los pacientes trombolizados.

Al 100 % de los pacientes se les realizó ECG a su llegada al cuerpo de guardia y el tiempo que medió desde la llegada del paciente hasta su realización estuvo entre 10 y 20 minutos. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes trombolizados según tiempo de demora entre la llegada al cuerpo de guardia y la trombolisis

Realización de trombólisis	SCASEST		SCACEST		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Menos de 30 minutos	2	100,0	3	42,9	**5**	**55,5**
30 minutos	0	0,0	3	42,9	**3**	**33,3**
Sub Total	**2**	**100,0**	**6**	**85,8**	**8**	**88,8**
Más de 30 minutos	0	0,0	1	14,2	**1**	**11,2**
Total	**2**	**100,0**	**7**	**100,0**	**9**	**100,0**

El diagnóstico que predominó fue el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) para un 59 % con 13 pacientes diagnosticados.

- Topografía del IAM: el IAM anterior predominó en el 50 % de los casos seguido del de cara inferior con un 31,8 %. Se comportó de manera similar en ambos grupos.

Se comprobó la existencia de enzimas cardíacas para el 100 % de los casos: TGO, CKT y CK-MB.

- Tiempo transcurrido en el Servicio de Urgencia: El 40,9 % de los pacientes permaneció menos de una hora en este servicio, seguido de los

que estuvieron más de una hora con un 31,8 %, predominaron los pacientes con SCACEST, el 38,6 % estuvo más de 1 hora en dicho servicio.

De forma general el 68,2 % permaneció en el Servicio de Urgencia entre menos de una hora y una hora.

Tratamientos utilizados para el IAM: dentro de los medicamentos más utilizados estuvieron: el AAS con un 95,5 % seguido del oxígeno en un 81,8 % y el clopidroguel en el 86,4 % de los casos.

Atención al paciente en las terapias

Predominaron los pacientes clasificados con escala Killip Kimbal normal seguido del choque cardiogénico con un 14,3 %, el edema agudo del pulmón (EAP) solo se presentó en dos pacientes para un 9,5 %. Esta descripción se asemeja a lo observado en los pacientes con SCACEST. En los pacientes con SCASEST predominó la clasificación I con un 88,9 % seguido del choque cardiogénico en un paciente que falleció.

Predominaron las complicaciones mecánicas con cuatro pacientes afectados para un 18,1 % y un reinfartado para un 4,5 % representado por un paciente. (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la aplicación de la escala Killip-Kimbal

Escala Killip-Kimbal	SCASEST		SCACEST		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Normal (I)	8	88,9	8	66,6	**16**	**76,2**
Crepitantes (II)	0	0,0	0	0,0	**0**	**0,0**
Edema agudo del pulmón (EAP) (III)	0	0,0	2	16,7	**2**	**9,5**
Coque cardiogénico (IV)	1	11,1	2	16,7	**3**	**14,3**
Total	**9**	**100,0**	**12**	**100,0**	**21**	**100,0**

En total fueron evaluados 21 pacientes porque uno falleció en el cuerpo de guardia.

Estadía en salas de terapia

Del total de pacientes atendidos en salas, la estadía que predominó fue la de 72 horas en un 52,4 % seguido de la estancia de 48 horas para un 28,6 %.

Se debe destacar que de los pacientes que estuvieron menos de 24 horas en el Servicio hubo dos que fallecieron en la sala.

Atención en Servicio de Cuidados Progresivos/alta.

Solo se le realizaron pruebas ergométricas al alta a 3 pacientes que representaron el 15,8 % de los que egresaron vivos del servicio (19). (Tabla 6)

Tabla 6. Causas por las que no se realizaron las pruebas ergométricas del resto de los pacientes

Contraindicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Edad avanzada	6	31,6
Fallecidos	3	15,7
Sin especificar en la historia clínica	8	42,1
Bloqueo de rama izquierda	1	5,3
No se tenía criterio	1	5,3
Total	**19**	**100,0**

Al 78,9 % de los pacientes que egresaron vivos se les realizó ecocardiografía al alta. Al 100 % se les aplicó rehabilitación intrahospitalaria.

Tratamiento prescrito al alta:

El 100 % recibió prescripción de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y ASA al alta, al 84,2 % se les administró betabloqueadores. Al 100 % de los fumadores se les brindó consejos para que hicieran suspensión del hábito de fumar y al 94,7 % de los pacientes se les brindó consejos sobre cómo realizar una dieta cardiosaludable.

El 47,4 % fue remitido para consulta de rehabilitación en el hospital después del alta, seguido de los que no tuvieron remisión con un 31,6 %, el 21 % solamente fue remitido a su área de salud.

La estadía final de los pacientes en sala estuvo alrededor de los 7 y 8 días. El 100 % de los pacientes refirió haber recibido una atención excelente en el hospital, se demostró un alto grado de satisfacción con la atención recibida.

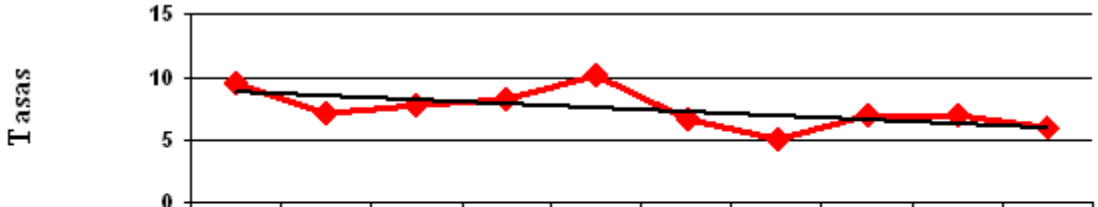
Dimensión resultados

Estado al egreso: hubo tres fallecidos en la serie en estudio, uno de ellos en el cuerpo de guardia. A los 28 días después del evento continuaban vivos los 19 pacientes. La tasa de mortalidad por IAM hasta el cierre de los nueve meses del año 2011 se redujo en un 22 % en relación al pasado año.

Seguimiento de la cohorte, 11 meses después del evento (atención posthospitalaria):

- Se encuestó el 37 % de los infartados en junio del 2011.
- El 28,5 % de los pacientes encuestados correspondieron a los municipios de Lajas, Cienfuegos y Rodas y el 14,2 % al municipio de Cumanayagua.
- Cuatro pacientes abandonaron el hábito de fumar a consecuencia del IAM para un 57,1 %, al servicio de suspensión tabáquica acudió el 14,2 % y solo un paciente abandonó el hábito por consejo de su médico.
- En el 71,4 % de la historias clínicas en el interrogatorio se reflejan los antecedentes patológicos personales (APP) y en el 42,8 % los antecedentes patológicos familiares (APF).
- Al 42,8 % no se le realizó examen neurológico y fondo de ojo, y solo al 28,6 % se le realizó examen de cuello.
- En cuanto a los exámenes complementarios el 71,4 % los tenían realizados, de ellos solamente en un caso el tiempo transcurrido era menor de un año.
- El 85,7 % tenían antecedentes de HTA, el 28,5 % de DM, el 42,8 % eran obesos
- Fueron remitidos el 42,8 % a los servicios de rehabilitación del área de salud, y solamente un caso se encontró incorporado a la sala de rehabilitación.
- De los medicamentos que consumen los pacientes el 85,7 % consume AAS, el 71,4 % IECA y nitritos, el 57,1 % betabloquedores, el 42,8 % diuréticos, el 28,5 % PPG y un 42,8 % otros medicamentos.
- El 100 % de los pacientes fueron atendidos por su médico de la familia y el cardiólogo respectivamente, y el 57,1 % por el clínico del Grupo Básico de Trabajo.

Se observó una tendencia a la reducción de la letalidad hospitalaria por IAM en los últimos diez años, aunque se logró cierta estabilidad en el indicador en los últimos tres años. (Gráfico 1).



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Letalidad	9,5	7,1	7,7	8,2	10,1	6,7	5,1	6,9	6,9	6

Gráfico 1. Letalidad hospitalaria por IAM 2001-2011

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo cardiovascular clásicamente descritos en la literatura fueron los que se evidenciaron en los pacientes del estudio, los cuales según la iniciativa CARMEN en el municipio Cienfuegos, muestran un incremento notable en su prevalencia en los últimos 10 años.[5,6]

La atención prehospitalaria evidencia dificultades relacionadas con el conocimiento de la población de los síntomas de la enfermedad y de la prontitud con la que deben acudir a los Servicios de Urgencia lo que denota debilidad en la educación para la salud al respecto, lo que conspira con la pronta realización de la trombólisis. En el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, existen evidencias de buenos resultados de capacitaciones realizadas a los familiares de pacientes infartados en relación a los factores de riesgo de la enfermedad, el reconocimiento de los signos clínicos de alarma y la conducta ante un paro cardiorespiratorio en la comunidad.[7] Estudios como este podrían hacerse extensivos en la Atención Primaria con familiares y pacientes con riesgo cardiovascular.

Evidentes dificultades se muestran además en la prescripción de medicamentos indispensables en el tratamiento oportuno como la administración de aspirina.

El IAM con elevación del ST fue el que predominó, aunque llama la atención la demora en el diagnóstico de los que no tuvieron elevación del ST e incluso la llegada al hospital por sus medios, sin transporte sanitario, a pesar de haber sido atendidos con anterioridad en los policlínicos, lo que hace pensar que existe desconocimiento por parte del personal de salud del abordaje de estos casos y su diagnóstico.

En este hospital la adherencia a las guías de práctica clínica cada día juega un papel mucho más protagónico en el tratamiento a los pacientes ingresados por IAM, sin dejar de tener en cuenta una serie de factores pronósticos que provocan, en algunas ocasiones, que ni con los mejores protocolos de tratamientos se logre modificar el resultado final del paciente.[8,9]

Otro de los aspectos que justifican los buenos resultados en cuanto a letalidad y manejo de los pacientes en la provincia, es que para la atención del paciente con infarto se creó una unidad de cuidados integrales del corazón (UCIC), en la antigua sala de cardiología de hospital. Esta idea se basó en la tendencia actual de sacar a los pacientes infartados de las unidades de cuidados intensivos polivalentes, que a su vez se basa en los criterios de expertos, quienes sugieren que los pacientes en estos lugares están sometidos a mayor estrés emocional, factor este que repercute de algún modo en su evolución.[10]

Numerosas investigaciones han demostrado la importancia de la actividad física precoz y progresiva luego de un IAM.

Los pacientes que sobreviven a un evento isquémico agudo tienen más riesgo de padecer otro evento a corto plazo, y en ellos deben aplicarse estrictas medidas de prevención secundaria.[11]

A pesar de que existen estudios en la provincia que han demostrado que el simple hecho de realizar actividades ordinarias tan comunes como caminar, que implican un gasto calórico

energético promedio entre 150 a 300 kilocalorías diarias, puede ser beneficioso para pacientes infartados de bajo riesgo que no han recibido rehabilitación cardiovascular. Todavía persisten las dificultades en la realización de este tipo de rehabilitación al alta del paciente, sobre todo por no tener evidencias de pruebas ergométricas realizadas y el temor en las Áreas de Salud de afrontar la rehabilitación de estos pacientes por la posibilidad de presentación de muerte súbita. No ocurre así con la rehabilitación intrahospitalaria, donde todos los pacientes que lo requieren son beneficiados, a pesar de que en este estudio no se evidenció adherencia a las guías de prácticas clínicas en relación a la rehabilitación luego del alta del paciente, cuestión esta que necesita ser perfeccionada.

En el Centro Especializado Ambulatorio (CEA) radica el servicio de rehabilitación del hospital, una vez que terminan su rehabilitación precoz en este lugar se incorporan a las áreas de salud correspondientes.

La rehabilitación mejora la calidad de vida de forma significativa, y existe una disminución de las complicaciones y mortalidad (del 25-40 % en los pacientes de bajo riesgo). Sin embargo la realización de ejercicio puede dar lugar a complicaciones, que puede incluir, la muerte súbita. Esta última posibilidad es sumamente rara si se respetan las normas de seguridad establecidas por el médico. El *Council Scientific Affairs* (1981) de la American Association considera que el riesgo del ejercicio es perfectamente asumible en función de los beneficios que reporta.[12]

Persisten en la cohorte factores de riesgo que aún no han sido modificados, por lo que ejercen un efecto dañino para la ocurrencia de un reinfarto. El seguimiento de los pacientes una vez ocurrido el evento todavía tiene dificultades, sobre todo, en lo referente a la rehabilitación cardiovascular. Continúan las dificultades de calidad de atención a los pacientes en la Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carnota Lauzán O. Tecnologías Gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2005

2. Rojo N, Laria S, Castell-Florit P, Pérez J, Barroso Z, Bayarre H. Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2010 [citado 8 Oct 2012];36(3):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300004&lng=es

3. Noriega V. Otra mirada al tema de las investigaciones en sistemas y servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2005 [citado 8 Oct 2012];21(5-6):[aprox. 20p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500020&lng=es

4. Rodríguez M, Labori JR. Satisfacción por los servicios brindados en la sala de Fisioterapia del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en Internet]. 2012 [citado 8 Oct 2012];16(8):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800007&lng=es

5. Silva LC, Benet M, Morejón A, Ordúñez P. An Efficient Sampling Approach to Surveillance of Non-Communicable Disease Risk Factors in Cienfuegos, Cuba. MEDICC Review [revista en Internet]. 2012 [citado 8 Feb 2013];14(4):[aprox. 4p]. Disponible en: http://pubget.com/paper/23154317/An_efficient_sampling_approach_to_surveillance__of_non_communicable_disease_risk_factors_in_cienfuegos__cuba#

6. Benet M, Morejón A, Espinosa AD, Landrove OO, Peraza D, Ordúñez PO. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 22 Ago 2010];8(2):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1166

7. Viera B, Águila P, Valladares FJ, Iraola MD, Rodríguez PA. Apoyo cardiaco vital básico. Entrenamiento a familiares de pacientes con infarto miocárdico agudo. Medisur [revista en Internet]. 2006 [citado 20 Dic 2012];4(3):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/213/622

8. Valladares FJ, Falcón A, Jorrín FR, García JE. Guía de práctica clínica para el infarto agudo de miocardio. Medisur [revista en Internet]. 2009 [citado 29 Dic 2012];7(1):[aprox. 9p]. Disponible

en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/717

9. Viera B, Valladares FJ, Iraola MD, Del Sol LG, Rodríguez PA. Guías de práctica clínica en el manejo del infarto miocárdico agudo. Dos periodos diferentes. Medisur [revista en Internet]. 2006 [citado 20 Dic 2012];4(2):[aprox. 4p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/194

10. Cruz L. Impacto de la rehabilitación cardiaca intrahospitalaria en pacientes con IAM. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2006 [citado 8 Oct 2012];10(3):[aprox. 9p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942006000300009&lng=es

11. Sellén J, Sellén E, Barroso L, Sellén S. Diagnóstico y tratamiento de la angina inestable aguda e infarto miocárdico sin elevación del segmento ST. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en Internet]. 2010 [citado 8 Oct 2012];29(2):[aprox. 20p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000200010&lng=es

12. Scottish Intercollegiate Guidelines Networtl (SIGN). Acute coronary syndromes [monografía en Internet]. Edinburg: SIGN publication no.94; 2007 [citado 16 Nov 2012]. Disponible en: http: www.sign.ac.uk./pdf/sign93.pdf