

Calidad de atención del infarto agudo de miocardio. Primer paso

Quality of Medical Care for Acute Myocardial Infarction. A First Step

MAXIMILIANO DE ABREU

La calidad de atención en salud ha ganado en los últimos años un espacio y una importancia creciente en los sistemas médicos. En forma simultánea a este crecimiento y valorizando su papel se han publicado los resultados de varios programas desarrollados en diferentes partes del mundo dedicados a lograr una mejora en la atención médica de pacientes con infarto de miocardio. (1-4) El fundamento de estos programas ha sido el desarrollo de ciclos de mejora en los indicadores de calidad de atención (habitualmente se seleccionaron como indicadores la proporción de utilización de terapias con evidencia de beneficio y notorio impacto clínico y sus tiempos de aplicación), con el logro a través de este proceso, que incluye etapas de diagnóstico, planificación, intervención y medición de efecto, de un aumento significativo en la utilización de estas terapias con la consecuente reducción de la morbimortalidad de los pacientes y de los gastos en salud.

En el presente número de la *Revista*, Piombo y colaboradores (5) publican los resultados de un estudio prospectivo, multicéntrico, de evaluación de calidad de atención en el infarto agudo de miocardio desarrollado en 11 de los 13 hospitales públicos de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El trabajo aporta información valiosa y lo hace en un contexto particular, ya que es un informe del funcionamiento de una red de derivación del infarto de miocardio en el mundo real en la República Argentina, donde es casi inexistente la información sobre planificación y funcionamiento de este tipo de redes.

Si bien es difícil considerar definitivas las conclusiones del estudio debido al reducido número de pacientes, el trabajo abarcó a casi todos los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lo que le otorga mayor representatividad.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Resulta interesante analizar los resultados en comparación con información previa extraída de trabajos argentinos. En este aspecto, un dato alentador es el alto porcentaje de utilización de terapias con buen nivel de evidencia, como lo son la proporción de pacientes reperfundidos y la elevada utilización de estatinas, betabloqueantes, ARA-IECA, clopidogrel y aspirina al alta. En todos los casos supera a los informes previos de trabajos multicéntricos argentinos. No son tan alentadores los tiempos requeridos para la aplicación de terapias de reperfusión, ya que fueron prolongados, principalmente en lo referente a angioplastia primaria. Si bien los tiempos se encuentran alejados de los

recomendados por las guías de práctica clínica, no exceden los comunicados por otros sistemas o redes que no fueron sometidos a un programa que incluya algún ciclo de mejora. Como ejemplo, un trabajo sobre una red de derivación del conurbano sur de la provincia de Buenos Aires mostró tiempos a la reperfusión más prolongados que los obtenidos en este estudio, también en ausencia de un programa activo de mejoras en dichos tiempos. (6) En esta red, la mediana de tiempo desde el contacto con el primer centro a la reperfusión fue de 145 minutos (84-250), de 124 minutos (60-220) en los pacientes que fueron reperfundidos en el centro de consulta inicial y de 231 minutos (152-630) en los que fueron derivados a un centro con laboratorio de hemodinamia para angioplastia primaria. Otro registro de angioplastia primaria realizado en la Ciudad de Buenos Aires (citado en la discusión del artículo) mostró una mediana puerta-balón de 200 minutos (142-290), similar a la registrada por Piombo y colaboradores. (7)

Estos datos coincidentes sugieren que el exceso de tiempo a la reperfusión es una constante en diferentes escenarios de nuestro país, especialmente en aquellos que incluyen sistemas de derivación para angioplastia primaria.

DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES DE CALIDAD

Si bien es llamativo que exista una diferencia tan pronunciada entre ambos tipos de indicadores (objetivos de tratamiento farmacológico al alta muy buenos y tiempos para la reperfusión muy prolongados), estas diferencias pueden estar justificadas por cuestiones propias del sistema, que intentaremos analizar. En relación con los indicadores de tratamiento farmacológico al alta, los excelentes resultados en la proporción de utilización de estatinas, betabloqueantes, aspirina, clopidogrel y ARA-IECA comunicados por los investigadores (en comparación con informes previos y en ausencia de programas de mejoras) pueden deberse a una mejora “espontánea” en estos indicadores, vinculada con la permanente información surgida de la bibliografía médica en apoyo de estos tratamientos. Su puesta en práctica sólo requiere una decisión médica individual o de cada servicio, sin depender de variables estructurales y logísticas del sistema. Como ejemplo, las sucesivas encuestas de infarto de la Sociedad Argentina de Cardiología han mostrado una mejora “espontánea” en los indicadores de tratamiento farmacológico. (8) Silberstein y colaboradores presentaron recientemente en el Congreso Argentino de Cardiología 2010 datos del registro multicéntrico argentino Epi-Cardio,

que muestran un incremento temporal, progresivo y significativo en la utilización de estos tratamientos en los últimos cuatro años en pacientes con síndromes coronarios agudos al momento del alta, en ausencia de programas de mejoras y con proporciones de utilización finales similares a las referidas en este trabajo. (9) Por el contrario, parece más difícil obtener una reducción en los tiempos de reperfusión en una red sanitaria en ausencia de programas de mejoras, ya que la disminución de estos tiempos requiere modificaciones y ajustes estructurales y logísticos en los sistemas de salud o en las redes de derivación y por esa razón puede ser menos probable que se perfeccionen “espontáneamente” en el tiempo. McNamara y colaboradores evaluaron la evolución temporal de los tiempos de reperfusión en el infarto en los Estados Unidos y las medianas de tiempo puerta-balón y puerta-aguja presentaron una variación inferior a un minuto/año en el período 1999-2002. (10)

Barbagelata y colaboradores evaluaron la tendencia temporal de las demoras a la reperfusión en ensayos publicados entre 1993 y 2003 y verificaron ausencia de mejora significativa en el tiempo puerta-balón y tiempo a la reperfusión durante esa década. (11)

En contraposición a estos hallazgos, varias publicaciones muestran mejora en los tiempos de reperfusión en diferentes redes de tratamiento del infarto. En todos los casos, la optimización de los tiempos fue el resultado de la implementación de programas institucionales o generales tendientes a acortar cada etapa del proceso de reperfusión. (12-15)

Este resumen de la evidencia existente muestra diferencias en la evolución temporal de los distintos indicadores de calidad en el infarto. En algunos casos, como el tratamiento farmacológico al alta, mejoraron espontáneamente (éxito no buscado), en otros, como los tiempos a la reperfusión, no lo hicieron en forma espontánea (fracaso esperado) y sólo mejoraron como resultado de la puesta en práctica de medidas o programas específicos de mejora (éxito buscado). Los resultados del trabajo de Piombo y colaboradores pueden estar mostrando al mismo tiempo los “éxitos y fracasos” de un sistema de atención del infarto agudo en el que aún no se han implementado programas específicos para mejorar sus indicadores.

OPORTUNIDAD PARA MEJORAR

Los resultados de este trabajo muestran una gran oportunidad para mejorar estos indicadores. Y esa oportunidad debe incluir el debate acerca de cuál es, en cada “subsistema” de salud, la mejor estrategia de reperfusión. (16) En el contexto del estudio de Piombo y colaboradores, la angioplastia primaria, y principalmente cuando su implementación requiere el traslado de pacientes, no parece cumplir con los requisitos necesarios para ser el tratamiento de elección frente a los trombolíticos, considerando que la diferencia de medianas entre el tiempo puerta-aguja y el tiempo puerta-balón de pacientes trasladados fue cercana a

los 150 minutos. La situación puede ser diferente en instituciones individuales, ya que existen datos locales que muestran excelentes resultados con la reperfusión mecánica en comparación con fibrinolíticos. (17)

Lamentablemente, en un sistema de salud sin políticas concretas tendientes a optimizar el tratamiento del infarto, la única etapa que podemos alcanzar dentro de un ciclo de mejoras en la calidad es la del diagnóstico, y allí quedamos, en el primer paso. En este contexto, el trabajo de Piombo y colaboradores es una herramienta importante para lograr la atención de las autoridades sanitarias y sociedades científicas, responsables de planificar estrategias concretas para mejorar la calidad de atención en el infarto y, subsecuentemente, el pronóstico de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M, Baker P, Blount A, Faul J, et al; GAP Steering Committee of the American College of Cardiology. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA* 2002;287:1269-76.
2. Jollis JG, Roettig ML, Aluko AO, Anstrom KJ, Applegate RJ, Babb JD, et al; Reperfusion of Acute Myocardial Infarction in North Carolina Emergency Departments (RACE) Investigators. Implementation of a statewide system for coronary reperfusion for ST-segment elevation myocardial infarction. *JAMA* 2007;298:2371-80.
3. Kalla K, Christ G, Karnik R, Malzer R, Norman G, Prachar H, et al; Vienna STEMI Registry Group. Implementation of guidelines improves the standard of care: the Viennese registry on reperfusion strategies in ST-elevation myocardial infarction (Vienna STEMI registry). *Circulation* 2006;113:2398-405.
4. Peterson ED, Roe MT, Rumsfeld JS, Shaw RE, Brindis RG, Fonarow GC, et al. A call to ACTION (acute coronary treatment and intervention outcomes network): a national effort to promote timely clinical feedback and support continuous quality improvement for acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2:491-9.
5. Piombo AC, Rolandi F, Fitz Maurice M, Salzberg S, Strumminger M, Zylbersztejn H y col. Registro de calidad de atención del infarto agudo de miocardio en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:132-8.
6. Mariani J, De Abreu M, Kyle D, Gagliardi J, Doval H, Tajer C y col. Epidemiología de los retrasos en la atención en pacientes con síndromes coronarios agudos en un sistema de asistencia en red. La experiencia del Hospital El Cruce. Congreso Argentino de Cardiología 2010. Trabajo no publicado.
7. García Escudero A, Riccitielli M, Gaito M, Affatato S, Blanco F, Alonso A y col. Demoras en la realización de la angioplastia primaria en los pacientes trasladados con infarto agudo de miocardio: un problema médico-asistencial. *Rev Argent Cardiol* 2009;77:88-95.
8. Gagliardi J, Charask A, Higa C, Blanco P, Dini A, Tajer C y col. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo en los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:171-8.
9. Silberstein A, Gagliardi J, Doval H, Tajer C. Evolución de los usos terapéuticos en 5.313 síndromes coronarios agudos en una red de Unidades Coronarias. Registro Epi-Cardio. Congreso Argentino de Cardiología 2010. Trabajo no publicado.
10. McNamara R, Herrin J, Bradley E, Portnay E, Curtis J, Wang Y, et al. Hospital improvement in time to reperfusion in patients with acute myocardial infarction, 1999 to 2002. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:45-51.
11. Barbagelata A, Perna E, Clemmensen P, Uretsky B, Cimbaro Canella J, Califf R, et al. Time to reperfusion in acute myocardial infarction. It is time to reduce it! *J Electrocardiol* 2007;40:257-64.

12. Bradley EH, Herrin J, Wang Y, Barton BA, Webster TR, Mattera JA, et al. Strategies for reducing the door-to-balloon time in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2006;355:2308-20.
13. Gibson CM, Pride YB, Frederick PD, Pollack CV Jr, Canto JG, Tiefenbrunn AJ, et al. Trends in reperfusion strategies, door-to-needle and door-to-balloon times, and in-hospital mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction enrolled in the National Registry of Myocardial Infarction from 1990 to 2006. *Am Heart J* 2008;156:1035-44.
14. Bradley E, Curry L, Webster T, Mattera J, Roumanis S, Radford M, et al. Achieving rapid door-to-balloon times: how top hospitals improve complex clinical systems. *Circulation* 2006;113:1079-85.
15. Bradley E, Roumanis S, Radford M, Webster T, McNamara R, Mattera J, et al. Achieving door-to-balloon times that meet quality guidelines: how do successful hospitals do it? *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1236-41.
16. Realidad del manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Argentina. Documento de la Sociedad Argentina de Cardiología, la Federación Argentina de Cardiología, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, el Colegio Argentino de Cardiólogos Intervencionistas, la Fundación Cardiológica Argentina, la Sociedad Argentina de Patología de Urgencia y Emergentología y el Consejo Argentino de Residentes de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:226-8.
17. Berrocal D, Belardi J, Bazzino O, Cagide A, Doval H, Rojas Matas C y col. Fibrinolíticos versus angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio. Estudio randomizado en un hospital de comunidad. *Rev Argent Cardiol* 1996;64:17-26.