

TRABAJOS ORIGINALES

Policlínico Elena Fernández Castro.
Calle 17 Final e/ 24 y 26. Los Palacios,
Pinar del Río, Cuba. CP: 22 900.



ESTRATEGIA INTERVENCIONISTA EN PACIENTES CON INFARTO MIOCÁRDICO AGUDO. ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA MUNICIPAL DE LOS PALACIOS

INTERVENTIONIST STRATEGY IN PATIENTS WITH ACUTE HEART ATTACK. AREA OF INTENSIVE MUNICIPAL THERAPY OF LOS PALACIOS

MSc. Dra. Magaly Gort Hernández¹, Dra. Yoslainy Gómez Ortega, Dr. Eugenio Borrego Guerra, Dr. José Eugenio Díaz Domínguez, Dra. Alicia Mariela Velázquez Pérez.

Resumen

Introducción: Las enfermedades del corazón, dentro de las que se destaca el infarto miocárdico agudo, representan actualmente uno de los principales problemas de salud. **Objetivo:** Diseñar una estrategia intervencionista en pacientes portadores de infarto miocárdico agudo, evaluando los resultados de su aplicación en el área de terapia intensiva municipal de Los Palacios en el período 2004 - 2011. **Método:** investigación - acción en servicios de salud. Muestra: Primera etapa 69 y segunda 13 pacientes de más de 15 años atendidos por infarto miocárdico agudo. Se utilizaron las medidas de resúmenes para datos cualitativos y Chi cuadrado. **Resultados:** La letalidad descendió de 17,3 % en el período a 7,6 %, después de la intervención; la trombolisis se incrementó de 62,3 % a 92,3 % y se eliminó el factor tiempo como causa de no trombolisis. **Conclusiones:** La estrategia intervencionista logró disminuir la letalidad y el tiempo síntoma-aguja mediante la mejora de la recepción y fluidez interna incrementándose a su vez notablemente la trombolisis.

Palabras clave: infarto del miocardio/complicaciones, estrategia/resultados

ABSTRACT

Introduction: The illnesses of the heart, among them, it stands out the acute heart attack, represent one of the main problems of health at this moment. **Objective:** Designing an interventionist strategy in patient carrier of acute heart attack, evaluating the results of their application in the area of intensive municipal therapy of Los Palacios in the period 2004- 2011. **Method:** investigation- action in services of health. Sample: First stage 69 second stage 13 patients of more than 15 years assisted by acute heart

attack. They were used the measures of summaries for qualitative data and square Chi. **Results:** The mortality descended from 17.3% in the period to 7,6%, after the intervention; the thrombolysis increased from 62.3% to 92.3% and it was eliminated the time factor as a cause of not thrombolysis. **Conclusions:** The interventionist strategy was able to diminish the mortality and the time symptom-needle by means of the improvement of the reception and internal fluency increasing notably in turn the thrombolysis.

Key Words: acute heart attack/complications, strategy/results

¹ Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas y en Educación Médica. Profesor Auxiliar.

Correspondencia: mury@princesa.pri.sld.cu

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud más serios a nivel mundial y entre ellas, el infarto agudo del miocardio (IMA) es el que presenta mayor morbilidad y letalidad.¹

Las cifras más recientes en Cuba señalan una tasa de mortalidad bruta por enfermedades cardiovasculares en el año 2010, de 211,8 x 100 000 habitantes y ajustada de 113,4 x 100 000 habitantes, según anuario estadístico.²

Son muchas las enfermedades cardiovasculares que elevan las tasas de mortalidad general, pero los eventos coronarios agudos son sin lugar a dudas los que más casos aportan, y entre ellos el IMA que puede ser su primera manifestación, el cual se ha mantenido año tras año en la cumbre de las causas de muerte en muchos países desarrollados,^{1,3} reportándose que la letalidad por este accidente coronario agudo duplica lo acontecido hace 20 años.

A partir de la estrategia de la batalla de ideas se comienzan a revitalizar los servicios médicos y policlínicos del país, poniéndose especial énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS), y es por esto, que se estructura la "red nacional cardioquirúrgica" de la cual el municipio Los Palacios forma parte y en la que al igual que otros policlínicos principales de urgencias (PPU) municipales, el objetivo primordial es participar activamente en la recepción y manejo de los casos para lograr que el traslado del paciente se realice en condiciones dinámicamente estables y surgen así las áreas de terapia intensiva municipales (ATIM).³

Con este nuevo proyecto de acercar el paciente a los nuevos servicios y tecnologías, así como perfeccionar el personal médico y de enfermería que labora en estas áreas, se pretende que el paciente llegue a la atención secundaria de

salud, mejor diagnosticado, atendido, y, por ende, con mayores probabilidades de supervivencia.³

A partir del año 2004 comienza a funcionar el ATIM en el municipio Los Palacios, donde se ha brindado atención a gran cantidad de pacientes con afecciones graves, entre las que se destaca el IMA, pero a pesar del servicio esmerado que se brinda las tasas de letalidad se han mantenido en ascenso de modo general en Cuba⁴ y en el municipio, por lo que las direcciones asistenciales de salud se han dado a la tarea de estudiar de forma más profunda el fenómeno para poder diseñar un conjunto de acciones que contribuyan a que la calidad de la atención se eleve y la letalidad descienda por debajo del propósito establecido para estas áreas.

Problema: ¿Cómo diseñar una estrategia intervencionista que logre elevar la calidad de la atención a pacientes con IMA en el ATIM en el período 2004 - 2011?

Objetivo: Diseñar una estrategia intervencionista en pacientes portadores de IMA, evaluando los resultados de su aplicación en el ATIM de Los Palacios desde el año 2004 al 2011.

Material y método

Investigación - acción en servicios de salud.

Primera etapa: Descriptiva – evaluativa, diseño y aplicación de la estrategia 2004 – 2010.

Segunda etapa: Evaluación de resultados, 2011.

Lugar: Área de terapia intensiva municipal de Los Palacios

Universo y muestra:

Primera etapa: 69 pacientes ingresados en el ATIM con el diagnóstico de IMA en el período 2004 – 2010.

Segunda etapa: 13 pacientes ingresados en el ATIM con el diagnóstico de infarto miocárdico agudo durante el 2011.

Diagnóstico de IMA: Se basó en dos de los criterios básicos: clínica y electrocardiografía.

Se estudiaron las siguientes variables: tratamiento trombolítico, causas de no tratamiento trombolítico y letalidad por IMA.

Los datos fueron recogidos de los registros de casos vistos e ingresados en el ATIM y procesados con el programa estadístico SPSS versión 13. Se utilizaron las medidas de resumen para las variables cualitativas (porcentajes), además la prueba de Ji cuadrado (χ^2). Se utilizaron métodos de tipo observacional y entrevistas abiertas a: pacientes, familiares y trabajadores del servicio, además de un grupo nominal; se utilizaron los datos de los consejos municipales de urgencias y de los balances de salud.

Estrategia intervencionista: Con el análisis de las fuerzas interactuantes mediante la matriz DAFO, se establecieron las principales debilidades en el servicio para la atención al IMA y posteriormente se trazaron planes de acción para las soluciones estratégicas.

Consideraciones bioéticas: Todas las entrevistas fueron realizadas con el consentimiento de las persona una vez explicados los objetivos de la investigación, con

el único fin de obtener información para mejorar la calidad del servicio, así como los datos fueron manejados por personal de salud.

Durante el período 2004 – 2010, se reconocieron 3 fortalezas, 5 debilidades, 1 amenaza y 3 oportunidades:

Fortalezas:

1. Infraestructura adecuada y con nuevos servicios y tecnologías.
2. Apoyo de la dirección del Policlínico.
3. Sentido de pertinencia de los trabajadores del ATIM.

Debilidades:

1. Inestable la preparación en la atención al grave del personal que labora en el ATIM.
2. Dificultades con el transporte sanitario.
3. Protocolos de actuación no contextualizados.
4. Bajo índice de trombolisis, por incremento de tiempo síntoma aguja.
5. Letalidad por encima del propósito.

Amenazas:

1. Insuficiente preparación de la población

Oportunidades:

1. Los recursos humanos y materiales destinados por la Revolución al Sector.
2. Existencia de una voluntad política de la Institución y la nación.
3. Desarrollo de la atención primaria de salud, por las obras de la batalla de ideas.

Utilizando método de ranqueo se establecieron las principales prioridades:

1. Inestable la preparación en la atención al grave del personal que labora en el ATIM.
2. Inadecuado indicador de trombolisis, por incremento de tiempo síntoma aguja.
3. Protocolos de actuación no contextualizados.

En base a estas 3 prioridades, se elaboró una estrategia basada en planes de acción los cuales se resumen a continuación.

Prioridad 1: Inestable la preparación en la atención al grave del personal que labora en el ATIM.

Objetivo: Lograr que sea estable la preparación en la atención al grave del personal del ATIM.

Estrategia:

- Compromiso de superación y permanencia por 5 años del personal que labora en el ATIM.
- Lograr que el 100 % del personal que labora en el ATIM, ostente diploma certificativo de Diplomado o Maestría en Urgencias Médicas.
- Mantener la acreditación del servicio

Prioridad 2: Inadecuado indicador de trombolisis, por incremento de tiempo síntoma aguja

Objetivo: Lograr la trombolisis en el 100 % de los pacientes infartados sin contraindicaciones para el proceder, logrando la disminución del tiempo síntoma aguja.

Estrategia:

- Preparar a la población mediante actividades de promoción y educación para la salud, sobre el reconocimiento de los síntomas del IMA y la necesidad de acudir lo antes posible al servicio de urgencias.
- Implementar los protocolos de actuación contextualizándolos.
- Lograr que la recepción e ingreso del paciente sea en menos de 30 minutos.
- Trombolizar a todos los infartados sin contraindicaciones para el proceder.

Prioridad 3: Protocolos de actuación no contextualizados.

Objetivo: Implementar el 100 % de los protocolos de actualización, contextualizándolos al ATIM y los diferentes puntos de urgencias del municipio.

Estrategia:

- Mantener el perfeccionamiento continuo de los recursos humanos del ATIM y los profesionales que realizan guardias en puntos de urgencias.
- Implementar el 100% de los protocolos de actualización contextualizándolos
- Lograr que la letalidad en el área descienda por debajo del propósito de 15%.

Resultados y Discusión

Tabla 1: Letalidad por IMA antes y después de la intervención

Fallecidos	Antes 2004- 2010		Después 2011		Total	
	No	%	No.	%	No.	%
Si	12	17,3	1	7,6	13	15,8
No	57	82,7	12	92,3	69	84,2
Total	69	100,0	13	100,0	82	100,0

Fuente: Registros de casos vistos e ingresados en el ATIM

$X^2 = 9134$

$p = 0,3435$

La letalidad descendió de 17,3 a 7,6% aunque no se obtuvo significación estadística.

Tabla 2. Trombolisis después de la intervención

Trombolisis	Antes 2004- 2010		Después 2011		Total	
	No	%	No.	%	No.	%
Si	43	62,3	12	92,4	55	67,0
No	26	37,7	1	7,6	27	33,0
Total	69	100,0	13	100,0	82	100,0

Fuente: Registros de casos vistos e ingresados en el ATIM

$X^2 = 0,0298$

$P = 0,9967$

La trombolisis ascendió de 62,3 % a 92,4 % no resultando significativo.

Solo 1 caso no se trombolizó después de la intervención por fallecer en el ATIM, no existiendo casos con incremento del tiempo síntoma – aguja.

Tabla 3. Causas de no trombolisis

Trombolisis	Antes 2004- 2010		Después 2011		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Contraindicaciones	5	19,2	0	0	5	18,5
Incremento tiempo síntoma - aguja	11	42,3	0	0	11	40,7
Fallecido en ATIM	10	38,4	1	100	11	40,7
Total	26	100	1	100	27	100

Fuente: Registros de casos vistos e ingresados en el ATIM

$X^2 = 1,510$

$P = 0,4699$

Con la estrategia se logró el propósito de menos de 15 % de mortalidad para estas áreas, lo cual resulta muy alentador pues es sabido que el Infarto Miocárdico Agudo (IMA), tiene una evolución incierta,^{5,6} con mortalidad de 20 – 50 %, sobre todo en las primeras horas de producido.

Según Gutiérrez Loyola,⁴ en los países de la Unión Europea se ha observado de forma constante que la tasa total de mortalidad en pacientes con un diagnóstico presumible de infarto de miocardio o síndrome coronario agudo durante el primer mes es de un 50 %, y alrededor de la mitad de estas muertes ocurren durante las primeras 2 horas y que esta elevada mortalidad inicial no ha cambiado mucho en los últimos años, a diferencia de lo que ha sucedido con la mortalidad hospitalaria.

Con la estrategia aplicada se incrementó la trombolisis como proceder.

Es conocido que con el tratamiento trombolítico se deben tratar enfermos con un dolor de más de 30 minutos de duración y menos de 6 horas de evolución,^{5,7} siendo de aceptación general que resulta más beneficioso conseguir la permeabilización del vaso tan pronto como sea posible.^{5,8,9}

En 1998, se realiza un primer estudio de trombolisis prehospitalaria en las provincias de Holguín y Villa Clara con un total de 105 casos, con un solo paciente fallecido y aunque la muestra fue pequeña se mostró que el médico de familia capacitado en emergencia y entrenado en el manejo de la trombolisis, podía realizar este procedimiento, lo que permite ganar tiempo y actuar positivamente sobre la mortalidad hospitalaria.⁴

No existieron casos con incremento del tiempo síntoma – aguja, después de la intervención lo que demuestra la eficacia de las actividades de educación y promoción de salud dirigidas a la población.

En el 2004, con el surgimiento de las áreas intensivas municipales, fueron atendidos en estos servicios 1 185 pacientes y solo el 41 % fueron trombolizados, sin embargo, de los no trombolizados el 19,3 %, no tenía contraindicaciones, por lo que motivó a un estudio con 60 profesionales, que aunque estuvo muy limitado, demostró que las causas más referidas para la no administración del trombolítico estaban

relacionadas con el desconocimiento, a partir de sentir miedo a su utilización y la necesidad sentida de capacitación⁴ y si a esto se agrega el desconocimiento de la población sobre la enfermedad, se puede concluir que la preparación del personal de salud y de la población son fundamentales para lograr una atención de calidad al paciente portador de IMA.

En Cuba se encuentran creadas las condiciones, que deben permitir avanzar en ese sentido,⁴ profesionalizando los servicios de urgencias con personal verdaderamente calificado, capaces de transformar la atención médica a pacientes con enfermedad isquémica del corazón y proporcionando la identificación temprana de los síntomas con una búsqueda más rápida de los servicios de salud lo que redundaría en una actuación más ágil, pudiendo así disminuir la mortalidad y brindar un servicio de mayor calidad.¹⁰

Conclusión

La estrategia intervencionista a fin de mejorar la atención al IMA en el área de terapia intensiva municipal, logró disminuir la letalidad y el tiempo síntoma – aguja mediante la capacitación de la población, la mejora de la recepción y fluidez interna incrementándose a su vez notablemente la trombolisis.

Bibliografía

1. Herrera Varela JL, González Ramos E, Sosa Acosta AL. Áreas intensivas municipales: estrategia vital para los servicios de urgencia en la atención primaria. Rev Cubana Med Intens Emerg. [revista en Internet]. 2008 [citado 18 Jul 2011];7(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie07208.htm
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud; 2010.
3. Aguilar Hernández I, Benítez Maqueira BC, Barreto García ME. Impacto de la unidad de terapia intensiva municipal de Nueva Paz. Rev Cub Med Gen Integr. [revista en Internet]. 2006 [citado 18 Jul 2011];22(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi03406.htm
4. Gutiérrez Loyola A, Druyet Castillo D, Oramas Domínguez I, Véliz Martínez PL. Infarto de miocardio agudo en cuba. situación actual. Rev Cub Med Int Emerg. [revista en Internet]. 2010 [citado 18 Jul 2011]; 9(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_1_10/mie04110.htm
5. Martínez Espinosa CC. IMA no complicado. En: Caballero López A, editor. Terapia Intensiva. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p.795-809.
6. Del Pino Sánchez E, Rodríguez Cortés V, Soto García A, Abreu Vázquez MR. Comportamiento del infarto agudo del miocardio en un centro médico de diagnóstico integral. Rev Cub Med Int Emerg [revista en Internet]. 2008 [Citado 18 Jul 2011];7(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_4_08/mie09408.htm
7. Cabrera Rego JO, Palacio Pérez H. Factores asociados a Mortalidad intrahospitalaria en el Infarto Agudo del Miocardio con supradesnivel del ST. Rev Cubana Invest Bioméd [Revista en Internet]. 2008 Mar [citado 18 Jul 2011];27(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000100005&lng=es

8. Allen Casanova DR, Río Caballero G, Nariño Cristo G, Borrero Duchase AI, Reyes Montero MC. Factores asociados a mortalidad y estadía hospitalaria en personas ancianas trombolizadas por infarto miocárdico agudo. Medisan. [Revista en Internet]. 2010 [Citado 18 Jul 2011];14(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san10110.htm
9. Martínez Rodríguez I, Suárez Yanes E, Cabrera Compte RJ. Factores Predictivos relacionados con la Mortalidad por Infarto Agudo del Miocardio en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila: año 2006. Mediciego. [Revista en Internet]. 2008 [Citado 18 Jul 2011];14(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_02_08/articulos/a6_v14_0208.htm
10. García Fernández R, Camargo Fero F, García Barreto D, Hernández Cañero A. Comportamiento de algunas variables relacionadas con la atención al Infarto del Miocardio Agudo, Maracaibo, Venezuela. Rev. cub. invest. Bioméd. [Revista en Internet]. 2009 [Citado 18 Jul 2011];28(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002009000400003&script=sci_arttext

Recibido: 19 de octubre de 2013

Aprobado: 26 de octubre de 2013

Magaly Gort Hernández. Policlínico Elena Fernández Castro. Los Palacios. Calle 17 Final e/t 24 y 26. Los Palacios, Pinar del Río, Cuba. Dirección electrónica: mury@princesa.pri.sld.cu