

POLICLÍNICO DOCENTE “NOELIO CAPOTE”, JARUCO,

IMPACTO DEL SUBSISTEMA DE URGENCIAS MÉDICAS EN LA ATENCIÓN AL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Dr. José Antonio Barrios Rodríguez

Especialista de I grado en Medicina General Integral. Instructor

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizó el impacto del subsistema Integrado de Urgencias Médicas en la atención a los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio, en el cuerpo de guardia del Policlínico Docente “Noelia Capote”, municipio Jaruco, en el período comprendido entre el 1ro de enero-2002 y el 30 de junio-2002. Se tomó como muestra los 19 pacientes infartados que se atendieron en el cuerpo de guardia en el período (Grupo I) se estableció un grupo control con igual número de pacientes (Grupo II) ante de implantarse el sistema de urgencias. Predominaron los pacientes con edades comprendidas entre 60-69 años y masculinos. Se detectó que los incluidos en el grupo I tuvieron mejor atención desde el lugar donde comenzaron los síntomas, fueron trasladados con mejor condiciones y se le aplicaron medidas generales básicas con mayor frecuencia, siendo la mortalidad en ellos inferior. Se demostró la utilidad de la aplicación de este subsistema de urgencia y se recomienda su perfeccionamiento en el municipio perfeccionó en el municipio.

Descriptores DeCS: **INFARTO DEL MIOCARDIO; URGENCIAS MÉDICAS**

INTRODUCCIÓN

El Subsistema Integrado de Urgencias Médicas surge en nuestro país en el año 1996 como respuesta a una necesidad del sistema de salud para elevar el nivel de satisfacción de la población en los servicios de urgencias y emergencias médicas, tomando las experiencias en este trabajo de las autoridades de salud de los Estados Unidos. El mismo se define como un sistema que ejecuta y dirige desde el policlínico principal de urgencias de forma organizada y controlada la atención integral de las urgencias de un municipio con sus diferentes unidades asistenciales de urgencia en la atención primaria, con un enfoque docente asistencial e interrelacionado con el subsistema de urgencia hospitalaria ⁽¹⁾.

La misión de este subsistema es brindar la atención lo más próximo posible al paciente de manera precoz, eficaz, calificada, regionalizada y estratificada por prioridades, lo que permite disminuir la letalidad por algunas patologías y elevar el nivel de satisfacción de la población con un servicio

más cercano a sus viviendas, partiendo de un incremento de la capacitación y actualización del personal en urgencias médicas (1,2).

Las patologías cardiovasculares y dentro de ellas la Cardiopatía Isquémica constituyen afecciones que demandan con frecuencia los servicios de este sistema y sabemos que los mismos constituyen la principal causa de muerte en el mundo y en Cuba, representando más del 30 % de la mortalidad global, en su mayor parte atribuida al Infarto Agudo del Miocardio, lo que nos sugiere la necesidad del correcto funcionamiento de este sistema (2-5).

Por todo lo expuesto anteriormente nos motivamos a realizar esta investigación con el objetivo de analizar el impacto del Subsistema Integrado de Urgencias Médicas en la atención de los pacientes de con Infarto Agudo del Miocardio en nuestro policlínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, donde la muestra de la investigación estuvo dada por 19 pacientes que tuvieron diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio en el cuerpo de guardia del municipio Jaruco, durante el período de tiempo comprendido entre el 1 enero-2002 y el 30 junio-2002, las que conformaron el grupo I. Se confeccionó un grupo control (grupo II) integrado por igual número de paciente con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio que fueron atendidos en el período Enero-Junio del 2001, los que fueron escogidos al azar de un total de 25 pacientes con ese diagnóstico en el período, donde no estaba implementado y organizado el sistema de urgencias en el municipio.

Para dar salida a los objetivos se recopilaron las siguientes variables: edad, sexo, clasificación del traslado, medidas realizadas en el cuerpo de guardia, tipo de transporte sanitario utilizado, personal que lo acompañó y mortalidad. Todos los datos fueron recogidos por los autores mediante la revisión de hojas de cargo, historias clínicas del cuerpo de guardia y entrevista con los pacientes y familiares.

RESULTADOS

La distribución de los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio según grupo de edades mostró que en ambos grupos predominaron los pacientes mayores de 60 años de edad, siendo más frecuente en el grupo I los pacientes con edades entre 60-69 años de edad (47.37), mientras que en el grupo II fueron más frecuentes los pacientes de 70-79 años de edad (31.58) (tabla 1)

Tabla 1: Distribución de los pacientes según grupo de edades.

Grupo de edades	Grupo I		Grupo II	
	No	%	No	%
Menos 50	0	0	1	5.27
50-59	2	10.53	2	10.53

60-69	9	47.37	5	26.31
70-79	4	21.05	6	31.58
80 y más	4	21.05	5	26.31
Total	19	100	19	100

En relación al sexo se observa que en el grupo I algo más de la mitad (52.63) pertenecieron al sexo femenino, mientras que en el grupo II predominaron los pacientes de sexo masculino con un 57.89% (tabla 2)

Tabla 2: Distribución de los pacientes según sexo.

Sexo Femenino	Grupo I		Grupo II	
	No	%	No	%
	10	52.63	8	42.11
Masculino	9	47.37	11	57.89
Total	19	100	19	100

Cuando clasificamos el traslado de los pacientes hacía el policlínico observamos que en el grupo I el 78.95% fueron rescatadas por el sistema desde el lugar donde ocurrió el ataque agudo, muestra que el grupo II fue mas frecuente con 57.89% los casos espontáneos, o sea que llegaron al cuerpo de guardia por sus medios. (tabla 3).

Tabla 3: Clasificación del traslado hacia el PPU.

Traslado	Grupo I		Grupo II	
	No	%	No	%
Caso Espontáneo	4	21.05	11	57.89
Rescate	15	78.95	8	42.11
Total	19	100	19	100

En análisis de las medidas generales que se aplicaron en el cuerpo de guardia demostró que a la totalidad de los pacientes en ambos grupo se le realizó ECG, mientras que el resto de las medidas se aplicaron con más frecuencia en el grupo I (oxigenoterapia, canalización de venas, administración de aspirina etc).

Tabla 4: Medidas generales realizadas en el cuerpo de guardia.

Medidas realizadas al paciente	Grupo I	Grupo II

	No	%	No	%
E.C.G	19	100	19	100
Oxigenoterapia	18	94.73	10	52.63
Canalización de venas	17	89.47	12	63.15
Sonda Vesical	7	36.84	1	5.27
ASA	16	84.21	4	21.05
Nitroglicerina	14	73.68	12	63.15
Morfina	2	10.53	1	5.27

Cuando estudiamos el tipo de transporte que se utilizó para el traslado de los pacientes para el servicio de emergencia hospitalaria, se encontró que en el grupo I predominaron los pacientes trasladados en apoyo vital avanzado (AVA) con un 63.16%, mientras que en el grupo II fue más frecuente el traslado en apoyo vital básico (AVB) con 57.90%. (tabla 5).

Tabla 5: Tipo de transporte Sanitario utilizado en el traslado.

Tipo de transporte	Grupo I		Grupo II	
	No	%	No	%
AVA	12	63.16	4	21.05
AVB	6	31.58	11	27.90
No traslado	1	5.26	4	21.05
Total	19	100	19	100

En relación al personal que acompañó a los pacientes en el traslado observamos que en el grupo I casi la totalidad fueron acompañados por el personal de salud: 11(61.12%) los acompañó el médico y la enfermera, 2(11.11%) y fueron acompañados por el médico, y 2 (11.11%) fueron trasladados con la enfermera. Sin embargo en el grupo II predominaron los pacientes que fueron trasladados solos con 66.67%. (tabla 6).

Tabla 6: Personal que acompañó al paciente durante el traslado

Jaruco 2002.

Personal	Grupo I		Grupo II	
	No	%	No	%
Médico	2	11.11	0	0
Enfermera	2	11.11	1	6.67
Médico-enfermera	11	61.12	4	26.66

Solo	3	16.66	10	66.67
Total	18	100	15	100

Cuando estudiamos la mortalidad con los pacientes infartados se encontró que fue superior a los pacientes del grupo II donde hubo 7 fallecidos para un 36.84% (4 Extrahospitalaria y 3 Intrahospitalaria), mientras que en el grupo I ocurrieron 4 fallecidos para un 21.05% (1 Extrahospitalaria y 3 Intrahospitalaria). (tabla 7).

Tabla 7: Mortalidad en los pacientes infartados.

Mortalidad	Grupo I		Grupo II	
	No	%	No	%
SI	4	21.05	7	36.84
NO	15	78.95	12	63.18
Total	19	100	19	100

DISCUSION

El Infarto Agudo del Miocardio constituye una forma clínica de la isquemia miocárdica, cuya incidencia varía ampliamente de una comunidad a otra, oscilando entre el 7.5 y 8.8 por 1000 habitantes y por año (4,6-7). El análisis de los grupos de edades donde fue más frecuente este evento agudo mostró predominio de las edades superiores a los 60 años de edad, lo que coincide con los reportes de la literatura, donde se informa que la incidencia de la Cardiopatía Isquémica aumenta con la edad, siendo máximo entre los 60 y 70 años, menos frecuente antes de los 50 años y excepcional antes de los 35 años (3,6-8).

En relación al sexo no se encontraron grandes diferencias entre las mismas. Se sabe que el infarto del miocardio afecta con mayor frecuencia al sexo masculino, sobre todo antes de los 60 años de edad, mientras que a partir de esta edad tienden a igualarse (3,7-9).

El traslado de los pacientes infartados hacia el policlínico mostró diferencias entre los grupos, predominando en el grupo I el traslado de los pacientes en un transporte sanitario, mientras que el grupo II fue más frecuente el traslado por sus medios. Consideramos que el paciente trasladado en un transporte sanitario adecuado garantiza el cumplimiento de algunas medidas generales que se debe tomar al paciente inmediatamente (reposo, oxigenoterapia, administración de aspirina, etc.)

La realización de medidas generales demostró mayor compartimiento en los pacientes del grupo I, lo que refleja una mayor atención a estos pacientes. Las acciones en la comunidad y en los servicios de urgencias contribuyen a disminuir la mortalidad en estos pacientes, cuyo objetivo inicial incluyen la vigilancia electrocardiográfica inmediata, tratamiento de las arritmias, alivio del dolor, reducción de la estimulación vagal y simpática y vigilancia del estado hemodinámica. (7,10).

Predomino en los pacientes infartados del grupo I el traslado en AVA acompañado por el médico y la enfermera, no ocurriendo así en los infartados del grupo II, lo que pude haber incluido en la menor mortalidad de estos pacientes sobre todo la extrahospitalaria. Conocemos que la creación de un transporte con personal calificado y equipos adecuados para atender a los pacientes víctimas de un IMA, en el mismo lugar donde se inician los síntomas, posibilita la aplicación de las medidas necesarias para estabilizar el paciente y disminuir la mortalidad ⁽¹⁰⁾.

Se concluye que predominaron los pacientes mayores de 60 años de edad en ambos grupos, no ocurriendo así en relación al sexo ya que en el grupo I predominaron los pacientes del sexo femenino y en el grupo II los del sexo masculino, fue más frecuente en el grupo I los casos rescatados por el sistema de urgencias y la aplicación de medidas generales en el cuerpo de guardia, los pacientes del grupo I fueron trasladados con mayor frecuencia en el AVA acompañado por el médico y la enfermera, mientras que los pacientes del grupo II fueron trasladados casi siempre en el AVB y solos, la mortalidad fue inferior en los pacientes infartados del grupo I.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carpeta metodológica del subsistema integrado de urgencias médicas. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1996.
2. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar: VII reunión metodológica del MINSAP, año 2000. Barcelona: Talleres Gráficos Canigo SL; 2001.
3. Peñalver Hernández E, Dueñas Herreras A, Dieste Sánchez W, Nordet Cárdoma P. Influencia de los factores de riesgo coronario en la incidencia de cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):368-71.
4. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Dorta Morejón E. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo del miocardio. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(3): 243-9.
5. Valdés Pacheco E, Morrus Abella Díaz NL. Prevalencia y factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6): 590-4.
6. Castaños Herrera JF, Céspedes Lantigua LA. Síndrome de cardiopatía isquémica. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral 3 ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001; T 2. p. 536-46.
7. Gómez Hernández R, Céspedes Lantigua LA, Castaños Herrera JF. Infarto agudo del miocardio En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. 3 ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001; T 2. p. 546-56.
8. Álvarez Pérez J. Comportamiento urbano y rural de los factores de riesgo coronario en un estudio comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 8(2): 33-8.
9. Sanz Romero GA. Cardiopatía isquémica. En: Farrera R. Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 915-32.
10. Hernández Cañero A. Disminución de los índices de mortalidad por cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 2(2): 98-08.

SUMMARY

A descriptive retrospective study in which we analyzed the impact of the integrated system of medical urgencies in the care of patients with myocardial infarction diagnosis in the duty guard of

Noelio Capote teaching policlinic in Jaruco municipality in the period between, January 1 st ,2002 up to June 30 th, 2002 was done. Nineteen infarcted patients were taken as samples who were attendend in the duty quard in the control period (group 1) before the existence of the urgency system. The ages were between 60 years and 69 years and all were from the male sex. The group I had a better care from the onset of the symptons and they were moved to better conditions. The general basic measures were applied. The mortality was low . We showde the importance of this subsystem of urgency. We recomend its improvement in the municipality.

Subject Headings: **MYOCARDIAL INFARCTION; EMERGENCIES**