Entrevista con los Expertos

La realidad del Infarto Agudo de Miocardio en Latinoamérica - Entrevista con el Dr. Carlos Benítez (Paraguay)

Dr. Carlos Benítez
Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas / Sanatorio San Roque / Sanatorio Adventista de Asunción

INTRODUCCIÓN

Tanto las guías europeas como las americanas de infarto con elevación del ST (IAMcST) recomiendan desde hace ya varios años, la creación de redes para el tratamiento de estos pacientes.

De hecho, hay exitosas iniciativas como Mission Life Line en USA y Stent-Save a Life en Europa que fueron creadas con este objetivo.

Lamentablemente, en Latinoamérica estamos muy lejos de esta realidad. Y es por eso que convocamos a referentes en el manejo de pacientes con IAMcST de varios países de Latinoamérica a que compartan con nosotros cuál es la realidad del tratamiento de estos pacientes en sus países.

ENTREVISTA CON EL DR. CARLOS BENÍTEZ (PARAGUAY)

En el Paraguay, un país que ronda los siete millones de habitantes, existe una incidencia elevada de enfermedad coronaria, similar a los países de la región. No obstante, es importante remarcar que los datos proporcionados por el ministerio de salud pública se basan en certificados de defunción que no siempre reflejan la causa real de la muerte, pudiendo estar sobre estimado el número real de muertes por infarto. Según datos proporcionados en el 2016 por el Ministerio de Salud Pública, se producen unas 18.000 muertes al año y de ellas un 30 % están relacionadas a enfermedades cardiovasculares. A su vez, un 40 % de estas muertes (unas 2200 personas) fallecen de infarto. Si considerásemos que la mortalidad del infarto se encuentra en alrededor del 12 al 15% podríamos deducir de estas cifras que el número de infarto con elevación del ST (IAMcST) estaría alrededor de 15.000 casos anuales aproximados.

Existen en el país tres sistemas de atención al paciente: el sistema del seguro social (Instituto de Previsión Social), el que depende del estado, (en el área de cardiología 2 hospitales dependientes del Ministerio de Salud y uno de la Universidad Nacional de Asunción) y el de la medicina privada (prepagas y particulares). Tradicionalmente, la alta complejidad estaba reservada a los centros que operan en la medicina privada con salas de hemodinámica bien equipadas y con posibilidad de hacer angioplastia primaria (ATCp) a cualquier hora del día y en cualquier día de la semana. De los centros públicos, el más antiguo es el Hospital del Seguro Social, que cuenta con la casuística más grande del país (1300 procedimientos al año con 400 angioplastias anuales), con varios años ofreciendo la posibilidad a los asegurados de acceder a la ATCp, pero no fuera de horarios habituales de atención (7 a 19 hs), debido

a la falta de rubros para cubrir el trabajo del personal. Desde hace tres años el Ministerio de Salud Pública y el Hospital de Clínicas fueron habilitando salas donde se reproduce el mismo modelo.

A estas dificultades hay que mencionar la concentración de salas de cateterismo en el Área Metropolitana de Asunción (14 de 17 salas), habiendo solo tres centros más en dos ciudades del interior donde los números son realmente escasos y las ATCp anecdóticas.

Para subsanar esta problemática, de tener una medicina a dos velocidades, con una medicina de alta complejidad accesible a un bajo número de personas a nivel privado y otra mucho más lenta y menos inclusiva a nivel público, el Consejo de Hemodinamia de la Sociedad Paraguaya de Cardiología y Cirugía Cardiovascular han establecido objetivos de trabajo para mejorar el tratamiento de los pacientes con IAMcST, según las guías actuales y que beneficie a más compatriotas, paliando la actual inequidad.

Se ha propuesto:

- Crear una estrategia efectiva, aplicable a nivel nacional para puesta en marcha y funcionamiento de la RED INFARTO: Implementación de trombólisis de los SCAcST a nivel nacional en base a la red de Regiones Sanitarias del país y referencia a centros habilitados para angioplastia de rescate o a una estrategia fármaco invasiva según la distancia con adiestramiento de médicos del sistema APS (atención primaria de salud), generalistas e internistas para ganar confianza en el uso de los mismos.
- Desarrollo de una alianza público - privada para realizar angioplastias primarias, fármaco invasiva o de rescate, con cobertura 24 horas al día, 7 días a la semana optimizando los recursos existentes (salas y personal calificado).
- Finalmente, poner en marcha un registro nacional de SCA, sin y con elevación del segmento ST con fines científicos y estadísticos que nos permitan conocer los números reales y las fallas en el sistema, de manera de poder solucionarlas basados en datos reales.