

Los dos Brasiles y el Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio

Antonio Luiz Pinho Ribeiro

Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina da UFMG – Departamento de Atenção Especializada, SAS/Ministério da Saúde

El establecimiento de un tratamiento eficaz para el infarto agudo de miocardio (IAM) fue una de las conquistas médicas más importantes de la segunda mitad del siglo XX¹. La mortalidad hospitalaria cayó del alarmante 30% al 40% en las décadas de 1950 y 1960² para menos del 5% en el 2006³, en consecuencia de la introducción de varias estrategias terapéuticas, entre las que se destacan la instalación de las unidades de tratamiento intensivo (UCI) cardiovascular, las unidades coronarias, y la introducción de la terapia de reperfusión (química o percutánea)¹. El artículo publicado en este volumen de *Arquivos* evidencia, sin embargo, que los beneficios del tratamiento moderno del IAM no están asequibles a todos los brasileños⁴.

En ese estudio de dibujo sencillo y conducción competente, los autores observaron una letalidad del infarto de miocardio de un 19,5% en pacientes con IAM, internados en un hospital público de Feira de Santana, cuatro veces mayor que la encontrada en aquellos internados en los tres hospitales privados de la misma ciudad, Bahía (4,8%, $p=0,001$)⁴. Entre los pacientes atendidos en el hospital público, predominaban los pobres y los analfabetos, –que tardaron más tiempo para llegar al hospital, tardando también para administrarles los medicamentos– evolucionando con mayor severidad, manifestada por la frecuencia elevada de pacientes con Killip Clase II o superior. El tratamiento también fue radicalmente distinto: mientras que el 94% de los individuos atendidos en el sistema privado recibieron tratamiento en el UCI, con el uso de trombolítico en el 79% de los casos, solamente el 8% de los pacientes del hospital público ingresaron en el UCI y el 21% ingresaron en la terapia de reperfusión⁴. Los betabloqueantes, predictores independientes de pronóstico en esta muestra, también fueron más frecuentemente usados en los hospitales privados. En otras palabras, los pacientes atendidos en el hospital público, además de ser desfavorecidos bajo el punto de vista socioeconómico y clínico, no recibieron el tratamiento formalmente preconizado para el IAM, lo que parece haber sido esencial para el elevado número de óbitos.

Palabras-clave

Infarto de miocardio, letalidad, desigualdades en salud, política de salud.

Correspondencia: Antonio Luiz Pinho Ribeiro •
Rua Campanha, 98/101 - 30310-770 - Belo Horizonte, MG - Brasil
E-mail: tom@hc.ufmg.br

Tales resultados no llegan a ser completamente nuevos, ya que estudios previos sugirieron que pacientes del Sistema Único de Salud (SUS) efectivamente no tienen acceso a la UCI para tratamiento del IAM, presentando mortalidad aumentada cuando comparados a los del sistema suplementario. Así, Evangelista et al.⁵, estudiando a los pacientes SUS con diagnóstico de IAM en la ciudad de Belo Horizonte, entre el 2002 y el 2003, encontraron que solamente el 33% de los individuos habían ingresado en UCI durante su internación; adicionalmente, haber sido internado en un hospital público (en oposición a hospitales asociados del sistema privado) fue un factor independiente de pronóstico adverso⁵.

Lo que más llama la atención en los resultados de Ferreira et al.⁴ es la magnitud de la diferencia de letalidad entre los hospitales privados y el público, asociada directamente a las diferencias en el uso de medidas sabidamente eficaces en el tratamiento del infarto. La descripción de los óbitos documentados en el sistema público revela que muchos podrían haber sido evitados por la monitorización continua en UCI: 5 de los 17 casos fatales en el hospital público ocurrieron por muerte súbita y arritmia ventricular. Si solamente dos pacientes en el grupo tratado en los hospitales privados (3%) fallecieron por falla de bomba, 12 de los 87 pacientes fallecidos en el hospital público (14%) presentaron esta complicación, cuya frecuencia se reduce con la terapia de reperfusión. Como resaltan los autores, es el desempeño institucional el principal responsable de la mayor severidad y letalidad en el hospital público, ya que sólo el 38% de los pacientes elegibles con ventana de tiempo satisfactoria fueron tratados con trombolíticos, universalmente disponibles y respaldados por la financiación del SUS.

Esa desigualdad desmedida en el derecho a la atención de calidad evidencia la persistencia de dos Brasiles distintos, uno pobre y retrasado, otro acaudalado y desarrollado, como escribió el sociólogo francés Jacques Lambert, hace más de medio siglo⁶. Mientras que los resultados del tratamiento del infarto en los hospitales privados son comparables con los observados en el registro internacional GRACE³ (*Global Registry of Acute Coronary Events*), la letalidad del infarto de miocardio en el hospital público se asemeja al que se consigue antes de la introducción de la UCI y de la trombólisis².

La diferencia entre la letalidad del IAM tratado en los hospitales públicos y privados es particularmente amplia en Feira de Santana, excediendo en mucho los datos de Brasil como un todo. Así, de los 56.275 pacientes internados con IAM por el SUS en el 2007, el 45% se internó en el sistema público, con letalidad de un 15,6%, mientras que el 55% se internó en el sistema privado, con letalidad de un 14,5% ($p=0,0002$)⁷.

En los 7.550 pacientes que recibieron el tratamiento por angioplastia primaria por el SUS en el 2007, la letalidad es bien menor: un 7,2% en el sistema privado contra un 7,8% en el sistema público ($p=0,37$). Es decir, en el Brasil como un todo, para el sistema público o privado asociado al SUS, la diferencia de letalidad entre el hospital público y el privado es bastante inferior que la observada en Feira de Santana. Es necesario verificar cuales factores locales y regionales explican dicha disparidad en Feira de Santana, que, aunque es la ciudad centro de una macro región de salud con más que 2 millones de habitantes, inexplicablemente no dispone de Unidad de Asistencia Cardiovascular de Alta Complejidad asociada al SUS. Por lo tanto, las recomendaciones de los autores son pertinentes: en primer lugar, que se organice adecuadamente la red asistencial regional en todos los niveles de atención y, en segundo, que los gestores monitoricen sistemáticamente los resultados del tratamiento hospitalario de las enfermedades cardiovasculares.

La publicación de esos resultados pone en el orden del día el tratamiento del IAM en el sistema público, fuerte candidato a la prioridad nacional de salud. Es grande el número de muertes que se podrían evitar con procedimientos y medicamentos ya disponibles en el Sistema Único de Salud. Experiencias internacionales de organización del cuidado en

el infarto se pueden adaptar a nuestra realidad, permitiendo referir los pacientes para los centros capaces de realizar la reperfusión con rapidez y seguridad⁸. Para dar soporte a esa estrategia, hay una estructura de cuidado pre hospitalario (Servicio de Atención Móvil de Urgencia – SAMU) y otra hospitalaria (UTIs, Unidades de Atención Cardiovascular) ya organizadas en casi todo país, a pesar de las necesidades de mejoras e inversiones. Y quien sabe, si, con la movilización de las sociedades médico-científicas y la acción de los gestores de salud en los diferentes niveles de gobierno, no podemos disminuir la desmedida desigualdad en el tratamiento de los pacientes infartados en nuestro medio, contribuyendo, así, para construir un Brasil más justo e igualitario.

Agradecimientos

El autor agradece a las Profesoras Regina Horta Duarte y Graziela Chequer y al Dr. José Luiz Nogueira por la lectura crítica de este texto y por las sugerencias incorporadas en su versión final. El autor es becario de productividad en investigación del CNPq (Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico) y participante del programa investigador de Minas Gerais, FAPEMIG (Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de Minas Gerais).

Referencias

1. Sarmento-Leite R, Krepsky AM, Gottschall CA. Acute myocardial infarction: one century of history. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 77 (6): 593-610.
2. Norris RM, Bensley KE, Caughey DE, Scott PJ. Hospital mortality in acute myocardial infarction. *BMJ.* 1968; 3 (5611): 143-6.
3. Fox KAA, Steg PG, Eagle KA, Goodman SC, Anderson FA Jr, Granger CB, et al. Decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes, 1999-2006. *JAMA.* 2007; 297 (17): 1892-900.
4. Ferreira GMT, Correia LC, Reis H, Ferreira F^o CB, Freitas F, Ferreira GM, et al. Letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em Hospital Público em Feira de Santana - Bahia. *Arq Bras Cardiol.* 2009 (in press).
5. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Hospital admission and hospital death associated to ischemic heart diseases at the National Health System (SUS). *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90 (2): 119-26.
6. Lambert J. *Os dois Brasils.* São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.
7. Ministério da Saúde. Datasus: Informações de saúde. [citado em 2008 julho 8]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
8. Jacobs AK, Antman EM, Ellrodt G, Faxon DP, Gregory T, Mensah GA, et al. Recommendation to develop strategies to increase the number of ST-segment-elevation myocardial infarction patients with timely access to primary percutaneous coronary intervention. *Circulation.* 2006; 113 (17): 2152-63.