

Síndrome coronario agudo y accidentes cerebrovasculares

62. PRIORIZAR UN GRUPO DE INTERVENCIONES CLAVES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) Y CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV), A SABER:

62 A. IMPLEMENTAR UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL PARA USAR EFICIENTEMENTE LOS SISTEMAS DE URGENCIAS, DETECTAR TEMPRANAMENTE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS PREMONITORIOS DE UN SCA O ATAQUE AL CORAZÓN Y DE UN ACV O ICTUS, REALIZAR CORRECTAMENTE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, Y UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS, A FIN DE TRATAR A LOS PACIENTES DE FORMA EFECTIVA Y OPORTUNA.

El conocimiento de la población general para reconocer temprana y correctamente los síntomas y signos del SCA y de los ACV y de la necesidad de administrar un tratamiento urgente es insuficiente y contribuye a empeorar los resultados clínicos.

La educación del público para la identificación correcta y temprana de los síntomas y signos del SCA y de los ACV para actuar en correspondencia es un elemento de importancia crítica.

La población general y parte de la comunidad médica aún perciben el ictus como una enfermedad intratable e irreversible que explica que el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación sean acciones pasivas en algunas zonas.

El entrenamiento en reanimación cardiopulmonar deber fundamentarse en las recomendaciones vigentes aceptadas a escala internacional (ILCOR).

62 B. DESARROLLAR LAS REDES LOCALES DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM) EN ESPACIOS GEO-ADMINISTRATIVOS Y POBLACIONALES DEFINIDOS, ARMONIZADOS CON LOS RESTANTES COMPONENTES DE LA RED DE SERVICIOS, QUE FACILITEN LA ACTUACIÓN COORDINADA Y CONTRIBUYAN A MEJORAR LA EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES.

La estrecha dependencia entre la morbilidad del SCA y de los ACV y el tiempo en que se establece un diagnóstico certero y se administra el tratamiento de revascularización efectivo obliga a mantener permanente coordinados e integrados en la red de urgencias los cuatro eslabones de la cadena de supervivencia: acceso rápido, reanimación cardiopulmonar precoz, desfibrilación precoz, y soporte vital avanzado.

Los sistemas de emergencia médica desempeñan un papel crucial en la identificación, clasificación y transporte de los pacientes en fase aguda.

La eficiencia de la organización en redes integrales de los servicios de salud depende en parte de la creación de redes locales de servicios de derivación ordinaria, preferente y urgente de pacientes y de servicios de emergencias médicas, de su vertebración con los distintos niveles de atención y de su adaptación a las necesidades de poblaciones adscritas a territorios predefinidos.

La calidad y seguridad de los SEM aumentan cuando sus actuaciones se basan en la aplicación de protocolos de acceso rápido de los pacientes y de algoritmos y sistemas de pre-notificación, que traduzcan las recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes.

La adecuada coordinación de sus actuaciones exige disponer de un número de teléfono único de emergencias en cada país y realizar mapeos periódicos de recursos para subsanar deficiencias en los servicios.

62 C. CREAR LOS MECANISMOS PARA AMPLIAR EL ACCESO Y LA COBERTURA DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN TEMPRANA PARA LOS PACIENTES CON SCA CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y PARA LOS PACIENTES CON ACV CON CRITERIOS PARA ELLO, HACIENDO HINCAPIÉ EN LA URGENCIA DE LAS INTERVENCIONES (TIEMPO ENTRE INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL TRATAMIENTO) Y EN LA DISPONIBILIDAD DE TECNOLOGÍAS BÁSICAS (MEDICAMENTOS, ELECTROCARDIOGRAMA, MONITOR DE RITMO Y DESFIBRILADOR) QUE GARANTICEN UNA INTERVENCIÓN PRECOZ Y SEGURA.

La morbimortalidad del SCA y de los ACV, la incidencia de nuevos eventos y la calidad de vida de estos pacientes están directa e intensamente relacionados con el tiempo que media entre el inicio de los síntomas y el tratamiento de revascularización que se administre.

La trombolisis en el SCA con elevación del segmento ST ha demostrado ser un procedimiento eficaz que reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida cuando se administra de manera precoz y segura. En presencia de una red de atención de urgencias prehospitalarias estructurada, la trombolisis prehospitalaria es un procedimiento muy costo-efectivo.

Los pacientes con SCA y elevación del segmento ST deben ser tratados preferentemente con intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en unidades designadas y para ello deberán crearse las facilidades correspondientes, especialmente aquellas que los mantienen operativos, incluidas las relacionadas con la ubicación geográfica, dotación de recursos, volumen y calificación de sus servicios.

El ICP es más eficaz y costo-efectivo que la trombolisis en los pacientes de alto riesgo, tanto en las complicaciones postinfarto, la mortalidad precoz y tardía, como en el reinfarto y la necesidad de nuevas intervenciones. Su superioridad depende de la rapidez con que se realice tras la admisión del paciente en el hospital.

62 D. DISPONER DE UNIDADES CORONARIAS Y DE ICTUS INTEGRADAS A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUYO NÚMERO, ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN, DOTACIÓN TECNOLÓGICA Y COMPLEJIDAD ESTÉN ADAPTADOS A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN RELACIÓN CON ESTAS ENFERMEDADES Y PRIORICEN A LOS QUE SE ENCUENTRAN EN ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y DE MUERTE.

La efectividad clínica, la seguridad y la eficiencia de la atención dependen en parte de que la organización de los dispositivos sanitarios responda a criterios de regionalización, basados en sus altos costes estructurales y de mantenimiento, la casuística, la complejidad, el volumen de servicios prestados, y en la experiencia y pericia de los profesionales.

El desarrollo de los sistemas de atención específicos de los pacientes con ictus ha mejorado su identificación temprana, transporte y tratamiento. Los centros designados para su tratamiento, las unidades de ictus y los protocolos mejoran el proceso y la calidad de la atención, incluidos el diagnóstico, el acceso y la administración de tratamiento trombolítico, y la reducción de la estancia hospitalaria, la incapacidad y la mortalidad.

En el decurso de las diferentes fases de la atención del ictus se producen transiciones del paciente entre servicios clínicos y centros asistenciales, que a menudo se asocian con deficiente coordinación, desorientan a pacientes y familiares en el sistema de salud y empeoran los resultados clínicos.

62 E. IMPLANTAR PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN TEMPRANA, DE AMPLIO ALCANCE Y EFECTIVIDAD COMPROBADA, Y DE REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES CON SCA Y ACV.

La rehabilitación temprana y coordinada con un equipo multidisciplinario de los pacientes con SCA o ACV disminuye la carga por discapacidad, la mortalidad y el impacto socioeconómico (costos directos e indirectos), facilita la reintegración social, y mejora la calidad de vida.

La implantación de programas de rehabilitación que incluyan, además de la mejora de su capacidad funcional y su reinserción, el efectivo control de los factores de riesgo y su rehabilitación física, psicológica y social, se asocia con una notable reducción de la morbi-mortalidad post evento agudo y mejor calidad de vida.

62 F. AUMENTAR LA COBERTURA Y EL ACCESO A LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL SCA Y DE LOS ACV.

El riesgo de recurrencia del SCA y de los ACV es mucho mayor tras el primer episodio y depende de la presencia de factores de riesgo y de enfermedad vascular concomitantes.

La efectividad de la prevención secundaria del SCA y de los ACV depende en buena medida de que los pacientes que han padecido estas tengan un acceso equitativo a los servicios de prevención, sigan una dieta saludable y realicen ejercicio físico periódico, abandonen el hábito tabáquico, controlen la hipertensión arterial y la diabetes, y mantengan una alta adherencia al tratamiento farmacológico de probada eficacia (aspirina, betabloqueantes, IECA y estatinas).