



CARTAS CIENTÍFICAS

Evaluación de la atención primaria en el manejo del infarto agudo de miocardio en centros comunitarios del sureste mexicano



Evaluation of primary care in the management of acute myocardial infarction in community centers in southeastern Mexico

Juvenal Eduardo Salgado Montalvo, Jesús Arturo Solís Montero, Sergio Quiroz Gomez*, Crystell Guadalupe Guzmán Priego, Karla del Socorro Celorio Méndez y Jorda Aleiria Albarran Melzer

División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México

Disponible en Internet el 30 de octubre de 2024

Las enfermedades cardiovasculares, responsables del 30% de las muertes a nivel mundial y que son la principal causa de fallecimientos en México¹, constituyen un grave problema de salud pública². Es fundamental que los profesionales de la salud conozcan y apliquen de manera adecuada los protocolos para el manejo de estas complicaciones, como el infarto agudo de miocardio (IAM), donde los determinantes sociales, como la limitada accesibilidad y la inequidad en la atención, influyen negativamente en el pronóstico y en el tratamiento oportuno³. La prontitud en el inicio del tratamiento y la correcta gestión de recursos médicos son cruciales para minimizar el daño cardíaco y mejorar los resultados clínicos^{4,5}. Por tanto, la atención primaria debe asegurar condiciones adecuadas en los establecimientos de salud y cumplir con los protocolos establecidos⁶.

El objetivo fue evaluar la atención primaria en pacientes con IAM en el primer nivel, considerando el abordaje clí-

nico proporcionado por los médicos, e identificar áreas de oportunidad, mediante un estudio descriptivo, transversal y correlacional, donde la población estuvo constituida por médicos en labor asistencial en alguno de los 501 centros de salud comunitarios en el estado de Tabasco, México.

Se aplicó el instrumento de evaluación «Abordaje Clínico en Infarto Agudo de Miocardio», con un alfa de Cronbach de 0,8, a un total de 144 médicos. Los criterios de inclusión fueron: profesionales médicos en ejercicio en el nivel primario de atención sanitaria y personal médico con participación directa en la atención primaria de pacientes con IAM y que otorgaran su consentimiento informado para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron el personal médico que ejerciera en los niveles secundario y terciario de atención sanitaria.

La población estudiada presentó un predominio en mujeres (54,9%), donde la mayoría se ubicaron en el rango de edad entre 25-30 años (97,9%). La dimensión teórico-práctica se agrupó en tres categorías: deficiente (0-3 aciertos), regular (4-6 aciertos) y óptimo (7-9 aciertos) en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergio.quiroz@ujat.mx (S. Quiroz Gomez).

Tabla 1 Calificaciones por ítem de evaluación (teórico-práctica)

Ítem	Conocimientos adecuados	
	Sí	No
Ítem 1. ¿Cómo se define la reperfusión coronaria?	97,2%	2,8%
Ítem 2. Fármaco de elección y de mayor accesibilidad en pacientes mayores de 20 años	72,2%	27,8%
Ítem 3. En pacientes con presencia de hipersensibilidad ante el ASA, ¿cuál es el fármaco indicado?	29,2%	70,8%
Ítem 4. ¿Cuál es el periodo de tiempo adecuado para el tratamiento con terapia fibrinolítica (TF), también conocido como «hora dorada»?	62,5%	37,5%
Ítem 5. ¿En qué condiciones no se deriva al paciente con IAMCEST de manera inmediata a una sala de hemodinamia para una ICP?	51,4%	48,6%
Ítem 6. ¿En qué condiciones es indispensable realizar reperfusión por TF?	29,9%	70,1%
Ítem 7. De las siguientes condiciones, ¿cuál no es una contraindicación absoluta de la terapia fibrinolítica?	47,2%	52,8%
Ítem 8. ¿Cuál es la dosis recomendada de ASA para la reperfusión coronaria por IAMCEST?	93,8%	6,2%
Ítem 9: En pacientes mayores de 75 años, ¿cuál es la dosificación correcta con terapia fibrinolítica?	50%	50%
Ítem 10. Después de la terapia fibrinolítica, ¿cuál es el proceso a seguir en una reperfusión coronaria?	81,9%	18,1%

el abordaje clínico. El promedio de la muestra fue de 6,38, lo cual es considerado como un estado de conocimiento «regular» de acuerdo con el instrumento utilizado.

En la [tabla 1](#) se muestra la media de cada ítem de la dimensión teórico-práctica.

La principal limitación que los médicos destacan en el abordaje clínico del IAM en el primer nivel es la disponibilidad del fármaco (38,2%), seguida de la falta de capacitación (35,1%).

En la dimensión capacitaciones recibidas, solo el 32,6% reportaron haber recibido capacitación. De estos, el 72,2% indicaron que su última capacitación ocurrió hace 2 a 4 años. Se utilizó la correlación de Spearman, encontrándose $-0,30$ entre la última capacitación recibida y el resultado en la dimensión teórico-práctica.

Como conclusión, los médicos en el primer nivel de atención presentan un conocimiento «regular» en el manejo del IAM, insuficiente para un abordaje adecuado. Se recomienda mejorar este aspecto mediante capacitaciones continuas y asegurar un suministro constante de fármacos y recursos, promoviendo tecnologías y algoritmos actualizados.

Financiación

La presente investigación no ha recibido financiación proveniente de agencias del sector público, sector privado o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

El estudio fue evaluado por el comité de investigación de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con folio JI-LCT-175, cumpliendo con lo establecido en la NOM-012-SSA3-2012 y Declaración de Helsinki. A los médicos participantes se les

informó verbalmente y por escrito el objetivo del estudio y otorgaron su consentimiento informado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Protocolos de Atención Integral-Enfermedades Cardiovasculares-Código Infarto. 2022 Jan [consultado 22 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/historico/programas/06-pai-codigo-infarto.pdf>
2. Mexico, Secretaria de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Programa de acción: enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. Secretaria de Salud.; 2001 [consultado 22 Abr 2024]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/enf_cardiovasculares.pdf
3. Borrayo-Sánchez G, Flores-Morales A, Salas-Collado L, Altamirano-Bustamante MM. Towards medicine of excellence in Mexico: The «código infarto» protocol, a view from the perspective of translational bioethics. *Gac Med Mex.* 2020;156:372–8.
4. Lewkowicz JM. Reperfusión subóptima. *Rev Argent Cardiol.* 2018;86:320 [consultado 22 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3053/305360755018/html/>
5. Borrayo-Sánchez G, Pérez-Rodríguez G, Georgina Martínez-Montañez O, Almeida-Gutiérrez E, Ramírez-Arias E, Estrada-Gallegos J, et al. Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55:233–46 [consultado 22 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172q.pdf>
6. Varela García Raúl J, Olivera Escalona AL, Guarton Ortiz OM, Varela García ID. Necesidades de aprendizaje de médicos de atención primaria sobre reperfusión coronaria en el infarto agudo del miocardio. *MEDISAN.* 2019;23:232.