

## Promoción de salud para reducir el retraso en buscar atención médica de los pacientes con síndrome coronario agudo



### Health Promotion to Reduce Delays in Seeking Medical Attention in Patients With Acute Coronary Syndrome

Sr. Editor:

El conocido adagio «time is money», devenido en «time is muscle», se convierte en «time is life» cuando se interpretan los resultados de Rivero et al<sup>1</sup>.

El mayor beneficio para la perfusión miocárdica se obtiene a los 120–180 min de iniciados los síntomas isquémicos<sup>2</sup>. Si se lograra reducir el retraso en la demanda de atención médica (RDAM), se podría alcanzar el tiempo de ventana terapéutica más apropiado para reperfundir la arteria relacionada con el infarto, rescatar mayor cantidad de miocardio en riesgo y, seguramente, salvar muchas vidas<sup>3</sup>.

Los autores señalan algunas limitaciones<sup>1</sup>; sin embargo, su investigación ha sido suficientemente demostrativa para identificar un importantísimo aspecto sobre el que se puede actuar. Investigaciones similares en otras comunidades revelarían la magnitud del problema en España.

Además de las variables socioeconómicas y de las personas que conviven con el enfermo<sup>1</sup>, el nivel cultural, el ruralismo, la autonomía individual y el grado de minusvalía son otros factores dependientes del paciente que podrían influir en el RDM. Sin embargo, la promoción de salud, a todos los niveles y edades posibles, es la única acción que logra formar adecuadamente a la población<sup>4</sup> en reconocer los síntomas isquémicos para reducir el RDM.

La frase «este tiempo depende exclusivamente del paciente»<sup>1</sup> podría generar controversia, porque la actitud perezosa ante los síntomas es de su entera responsabilidad, pero el tiempo «puede depender de nosotros», de la promoción y la educación para la salud<sup>5</sup>, de lo que seamos capaces de transmitirles.

Hemos actuado acertadamente al reducir el tiempo entre el primer contacto médico y el paso intracoronario de la guía<sup>1–3</sup>, pero no hemos hecho lo suficiente para disminuir el RDM que afecta, de manera independiente, a la mortalidad<sup>1</sup> y la calidad de vida.

En España se aplican muy bien las estrategias de prevención<sup>4,6</sup>, pero la primaria es aún insuficiente. La educación para la salud es fundamental y no solo es responsabilidad del personal médico, la Fundación Española del Corazón y otras instituciones públicas o privadas, sino también del Estado y el gobierno, los cuales deberían destinar fondos para involucrar a los medios de comunicación con objeto de llegar incluso a sectores poblacionales con escaso nivel de escolaridad. Ya no se trata únicamente de estimular estilos de vida saludables y controlar los factores de riesgo aterogénico, entre otras acciones<sup>4,6</sup>, pues Rivero et al<sup>1</sup> han demostrado, en un área capitalina céntrica, la necesidad de reducir el RDM. Estrategias como *ehealth*<sup>7</sup>, *big data*<sup>8</sup> y *crowdfunding*<sup>9</sup>, basadas en las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, son útiles en este sentido.

Un viejo aforismo plantea que la misión del médico es «curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre», pero es mejor

prevenir<sup>4–7</sup>. Si se logra educar a la población para buscar atención médica temprana ante la sospecha de síntomas de isquemia miocárdica, se podría «curar» —entiéndase tratar— más veces y, en consecuencia, se salvarán más vidas y se mejorará la calidad de otras. No obstante, las estrategias propuestas por los gestores de salud deben prever el impacto de estas acciones en los costes sanitarios por conceptos de incremento en las visitas a urgencias y su consecuente mayor utilización de las técnicas diagnósticas; pero es un precio que vale la pena pagar, por el bien del paciente.

Francisco L. Moreno-Martínez<sup>a,\*</sup>, Elibet Chávez-González<sup>b</sup>,  
María T. Moreno-Valdés<sup>c</sup> y Ricardo Oroz Moreno<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Villa Clara, Cuba

<sup>b</sup>Departamento de Electrofisiología y Arritmias, Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Villa Clara, Cuba

<sup>c</sup>División Estrategias de Innovación, Tecnalia, Bilbao, España

<sup>d</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [flmorenom@yahoo.com](mailto:flmorenom@yahoo.com) (F.L. Moreno-Martínez).

On-line el 24 de mayo de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rivero F, Bastante T, Cuesta J, Benedicto A, Salamanca J, Restrepo JA, et al. Factores asociados al retraso en la demanda de atención médica en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:279–85.
2. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre revascularización miocárdica, 2014. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68. 144.e1–e95.
3. Rodríguez-Leor O, Fernández-Nofrerías E, Mauri F, Salvatella N, Carrillo X, Curós A, et al. Análisis de los tiempos de atención en pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con angioplastia primaria según su procedencia y según el horario de realización del procedimiento. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64:476–83.
4. Castellano JM, Peñalvo JL, Bansilal S, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:731–7.
5. Shah A, Clayman ML, Glass S, Kandula NR. Protect your heart: a culture-specific multimedia cardiovascular health education program. *J Health Commun*. 2015;20:424–30.
6. Mazón-Ramos P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65 Supl 2:3–9.
7. Ordúñez P, Tajer C. Disseminating cardiovascular disease risk assessment with a PAHO mobile app: a public eHealth intervention. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38:82–5.
8. Joynt KE, Mega JL, O'Donoghue ML. Difference or disparity: will big data improve our understanding of sex and cardiovascular disease? *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015;8:S52–5.
9. Fumagalli DC, Gouw AM. Crowdfunding for personalized medicine research. *Yale J Biol Med*. 2015;88:413–4.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.033>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.03.019>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.03.014>