

CALIDAD SEGÚN EL ÚLTIMO CORTE ANUAL DEL REGISTRO ARIAM, ELABORADO POR LA SEMICYC

La demora en la llegada a UCI, peor dato en el abordaje de IAM

→ Según los últimos datos del Registro de Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio (Ariam), elaborado por Semicyuc, aunque la

mortalidad por esta patología descende paulatinamente por la mejora de los tratamientos, la demora en el acceso a ellos empeora.

■ **Rosalía Sierra**

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha concedido el aval como herramienta de utilidad médica al Registro de Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio (Ariam), "el único registro que controla de forma constante con cortes anuales y recogida trimestral de datos el número de pacientes ingresados en los centros de salud pública que han sufrido un infarto agudo de miocardio", según anunció ayer el presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), José Cuñat.

El registro, que incluye 17 indicadores de calidad, permite "avanzar hacia la excelencia en procedimientos y resultados. Los hospitales participantes -56 en toda España- pueden compararse con la media, con otros centros y con ellos mismos para medir su evolución", explicó Frutos del Nogal, secretario de Semicyuc y responsable del registro.

Según los datos aportados por el corte de 2011, realizado sobre un total de 1.859 pacientes, la sociedad científica constata que persiste una importante demora prehospitalaria en la atención a los pacientes infartados, con una mediana de 157 minutos en 2010 y de 163 minutos en 2011.

"Entre un tercio y la mitad de los pacientes que mueren por esta causa lo hacen en la primera hora tras el infarto, la mayor parte de las veces antes de llegar al hospital", afirmó Cuñat. Por ello, cree que es preciso "promover campañas de concienciación ciudadana sobre los síntomas y la importancia de avisar lo antes posible a los servicios de emergencias". En este sentido, el presidente de Semicyuc apuntó que es preferible esta vía que acudir directamente al hospital, dado que, "según el último corte del registro, hasta el 21 por ciento de las administraciones de fibrinolíticos se han realizado en UCI móvil".

Por su parte, Del Nogal

matizó que "si los pacientes accedieran antes al sistema sanitario se podrían evitar en torno al 25 por ciento de las muertes".

Hacia la excelencia

Más allá de este grave problema de tiempo, el resto de los indicadores son bastante satisfactorios: "Se han reducido la mortalidad en UCI - que está en el 3,9 por ciento - y en toda la estancia hospitalaria -6,9 por ciento-", detalló Del Nogal.

Además, según explicó Cuñat, "cada vez hay más seguimiento de las vías clínicas, se han mejorado los tratamientos y hay una mayor concienciación de los médicos implicados en el aborda-

je del infarto sobre la importancia de aplicar tempranamente tratamientos como trombolisis y angioplastia".

El registro permite también conocer la evolución del uso de estos tratamientos: "Según los estudios, los antiagregantes y betabloqueantes mejoran el pronóstico de los pacientes infartados, y gracias al registro podemos observar el nivel de uso de estos fármacos y medir su efectividad real fuera de ensayos clínicos, así como detectar qué hospitales se acercan más a la excelencia para aprender de ellos". Lo mismo sucede con el empleo de ecocardiografía y fibrinolíticos fuera de las unidades coronarias.



José Cuñat y Frutos del Nogal, ayer durante la presentación de Ariam.

TRIBUNA SOCIAL MEDIA Y COMUNIDADES

Sanidad 2.0 en País Vasco

→ El Instituto Vasco de Innovación Sanitaria apuesta por optimizar el uso de las TIC en salud para cambiar el modelo asistencial.



ROBERTO NUÑO

Director del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

Desde 2009 son numerosas las actividades desarrolladas en País Vasco en torno a la Sanidad 2.0, una línea de trabajo esencial dentro de la estrategia de cronicidad que está impulsando la transformación de la sanidad vasca.

El 2.0 sugiere varias cosas, pero hay que destacar dos ideas. En primer lugar, la necesidad de optimizar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en sanidad, lo que requiere explorar sus aplicaciones; y, en segundo lugar, armonizar de forma fructífera el ritmo de la innovación tecnológica con la inherente transformación organizativa. Es en este apartado en el que la sanidad pública vasca está realizando una apuesta

clara y decidida por el cambio de modelo prestacional.

Ese nuevo modelo trata de responder a cuestiones como ¿cuál es la propuesta de valor de nuestra sanidad? ¿Optimizamos el vasto conocimiento tácito y codificado del sector? ¿Trabajamos para los pacientes o con los pacientes? ¿Obedecemos los procesos asistenciales a una lógica de sistema o de centros de producción? ¿Se incorporan las tecnologías necesarias y que aportan soluciones, o se hace por otras razones?

El nuevo modelo no surge de la nada sino que está enraizado en más de dos décadas de desarrollo de un cuerpo de evidencia sólido para abordar la cronicidad y quince años después de la formulación del modelo estadounidense de atención al crónico, que no sólo estructuraba esa evidencia sino que proveía una guía para la transformación. Guía que algunos sistemas líderes han sabido

aprovechar, no sólo *sospechosas* HMO (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, en sus siglas en inglés) estadounidenses, sino también sistemas como el escocés, el danés y el norirlandés. También hace una década la propia OMS se hizo eco de la cuestión y formuló el Acuerdo de Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas. Lamentablemente, políticos en la ola de las vacas gordas, salubristas fundamentalistas y legiones de defensores del *status quo* han contribuido a una década perdida y a magnificar el desafío que ya, en un escenario de crisis global y con la emergencia de una pluripatología que ha pasado de ser excepción a convertirse en norma, es suicida: ignorar.

El Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, O+Berri, junto con el resto de agentes de la sanidad pública vasca, está liderando las iniciativas de Sanidad 2.0, tanto en su acepción amplia de cambio de modelo como en la más limitada al universo *dospuntocista*. En junio de 2009 se organizaron unas jornadas sobre el tema. Comprendiendo el potencial en este campo, en julio de 2011 volvimos a organizar junto con la Asociación para el Desarrollo de la Innovación, la Tecnología y la Comunicación (Aditec) y la Deusto Business School unas Jornadas de Salud 2.0, que estuvieron centradas en los e-pacientes, con la presencia de Dave de Bronkart y de Manny Hernández. El compromiso del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria con el profesional sanitario y la salud 2.0 se consolidó con una nueva edición de las jornadas los próximos 9 y 10 de julio, en las que trataremos cuestiones de *social media*, aprendizaje y comunidades de pacientes y de profesionales, con el ánimo de contribuir a crear un mejor sistema sanitario centrado en las necesidades de salud de pacientes.

Queremos contribuir a crear un sistema centrado en las necesidades de salud de los pacientes

ESTADOS UNIDOS LA FDA MANTIENE CONVERSACIONES CON EXPERTOS EXTERNOS

Buscan reducir el riesgo en prótesis de cadera metálicas

■ **Europa Press**

Washington Los reguladores de salud de Estados Unidos están buscando asesoramiento sobre cómo minimizar los riesgos en más de 500.000 pacientes que recibieron implantes de cadera totalmente metálicos, en medio de la creciente preocupación sobre su seguridad.

Las caderas artificiales realizadas completamente en metal fueron desarrolla-

das para ser más duraderas que los implantes tradicionales, que combinan una bola de cerámica o metal con una cubierta plástica.

Estudios recientes demostraron que estos productos fallan a tasas mayores que sus antecesores y que podrían filtrar altas concentraciones de iones de metal en el torrente sanguíneo (ver *DM del 14-III-2012*).

La FDA ha hablado con

expertos externos para solicitar guías para los médicos, productores e investigadores y para el público en general sobre cómo controlar a los pacientes que reciben implantes o necesitan reemplazarlos.

Medidas

En cualquier caso, el debate no resolverá si hay que imponer pruebas estándar más rigurosas a las compañías

que ya fabrican los dispositivos. Johnson & Johnson es el mayor productor de los dispositivos íntegramente metálicos, y otros fabricantes son Zimmer Holdings y Wright Medical Group. J&J retiró su implante totalmente de metal ASR en 2010 y desde entonces ha destinado 3.000 millones de dólares a cubrir los costes legales relacionados con demandas de pacientes.