

Las enfermedades cardíacas isquémicas y los ataques cerebrovasculares (ACV) fueron dos de las principales causas de muerte en LAC en 2017, ya que representan el 78% de todas las defunciones por enfermedades cardiovasculares (ECV), muy similar al 77% de los países de la OCDE (ver el Capítulo 3, "Mortalidad por enfermedades cardiovasculares"). Además, ambas están asociadas a grandes costos sanitarios, económicos, sociales y no financieros, debido a las persistentes discapacidades que sufren muchos sobrevivientes. El tratamiento tras un infarto agudo al miocardio (IAM) y un ACV ha avanzado mucho en la última década. La introducción y diseminación de nuevas tecnologías, entre ellas los medicamentos para reducir el colesterol y la presión arterial, la trombolisis y la angioplastia, en los últimos decenios han tenido un efecto notable en la calidad de la atención cardiovascular (OCDE, 2015[4]).

La tasa de letalidad es una medida útil de los cuidados agudos del IAM como para el ACV. Refleja los procesos de atención, como las intervenciones médicas eficaces, entre ellas la trombolisis temprana, la angioplastia o el tratamiento con aspirina cuando sea pertinente, y el transporte coordinado y oportuno de los pacientes, pero también pueden verse influidos por características individuales como la gravedad del IAM y del ACV. En el caso del IAM, las tasas de letalidad hospitalaria estandarizadas por edad y sexo en los 30 días posteriores al ingreso se registraron más bajas en Costa Rica (0,3%), mientras que las tasas más altas se observan en México (28,1%), muy superiores al promedio OCDE (6,9%) (Figura 7.4).

En cuanto a los ACV isquémicos, las tasas de letalidad más bajas se registraron en Costa Rica (2,7%), el único país por debajo del promedio de la OCDE (7,7%). México reportó la tasa más alta de 19,2%, mientras que Uruguay y Chile también estuvieron por encima del promedio de la OCDE (Figura 7.5).

Las tasas de letalidad de los ACV hemorrágicos son mucho más altas que las de los ACV isquémicos, y los países que alcanzan una mejor supervivencia para un tipo de ACV también tienden a tener buenos resultados en el otro. Una vez más, las tasas de fatalidad más bajas de ACV hemorrágicos se reportaron en Costa Rica (1,6%) mientras que México y Uruguay registraron las tasas más altas: 29,9% y 30,5%, respectivamente (Figura 7.6). Chile, con una tasa de letalidad del 21,3%, estaba justo por debajo de la media del 24% de los países de la OCDE.

Dado que muy pocos países de la región pueden registrar este tipo de datos sobre la calidad de la atención, se pueden realizar esfuerzos para desarrollar la infraestructura de sus sistemas de información en salud, junto con la creación de capacidades para producir y utilizar la información. En lo que respecta a las políticas, si bien la promoción de estilos de vida más saludables para reducir la carga de las ECV es una prioridad, también se puede procurar mejorar la atención a los pacientes con ECV. Por ejemplo, garantizar que la atención primaria

sea financieramente accesible para todos y que se cierre la brecha entre la atención recomendada y los servicios ofrecidos en la práctica, al tiempo que es fundamental mejorar la rendición de cuentas y la transparencia de los resultados de la atención primaria. Además, el establecimiento de un marco nacional para mejorar la calidad de la atención de las ECV agudas y de normas nacionales para la medición y la mejora continua de la calidad de los servicios de emergencia y de la atención prestada en los hospitales puede contribuir a abordar la complejidad del tratamiento de las ECV (OCDE, 2015[4]).

Definición y comparabilidad

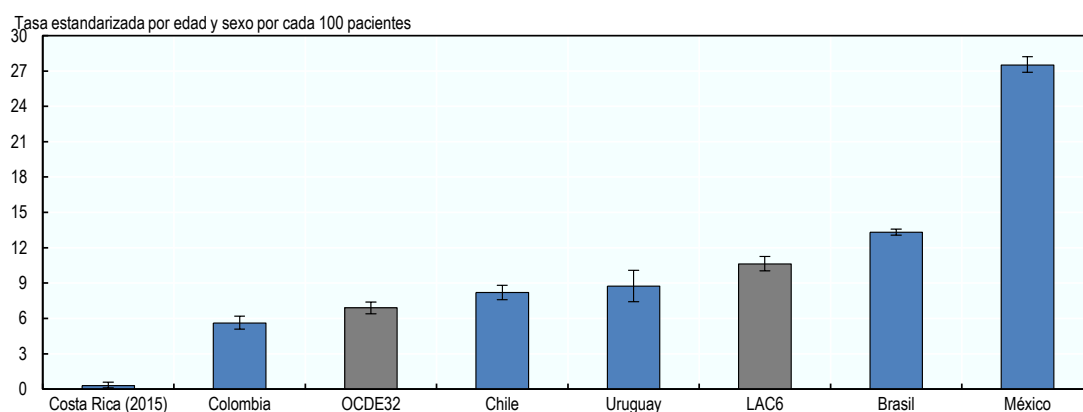
La tasa de mortalidad intrahospitalaria a consecuencia de un IAM, un accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico se define como el número de personas que mueren en los 30 días siguientes a su ingreso hospitalario. Este indicador se calcula a partir de ingresos hospitalarios únicos y se limita a la mortalidad dentro de un mismo hospital; las diferencias en las prácticas de admisión y traslado de pacientes pueden influir en los resultados. Las tasas estandarizadas se ajustan a las diferencias de edad (45+ años) y sexo, y facilitan comparaciones internacionales más significativas.

Los datos que se presentan aquí no contemplan los pacientes que son trasladados a otros hospitales durante su atención ni reflejan los pacientes que murieron fuera de los hospitales en un plazo de 30 días. Mediante un identificador único de paciente, los datos de pacientes pueden vincularse entre los hospitales y con los registros de defunciones se pueden generar indicadores más sólidos para el monitoreo nacional y la comparación entre países. En la actualidad, muy pocos países de LAC pueden darles seguimiento a los pacientes de esta manera y, por lo tanto, esta forma de indicador no se muestra aquí..

Referencias

- [4] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

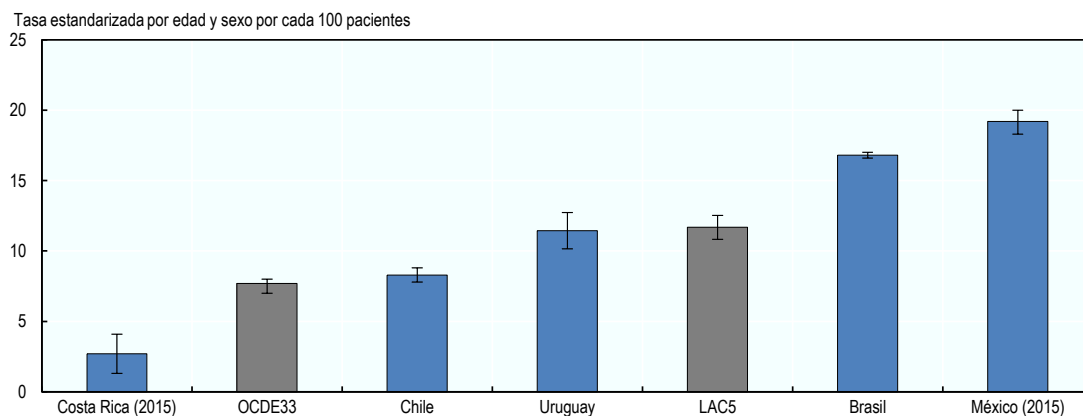
Figura 7.4. Tasa de letalidad intrahospitalaria en los 30 días posteriores a la admisión por IAM, pacientes mayores de 45 años, 2017 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE y Ministerios de Salud de Brasil y Uruguay.

StatLink <https://stat.link/t2hwkp>

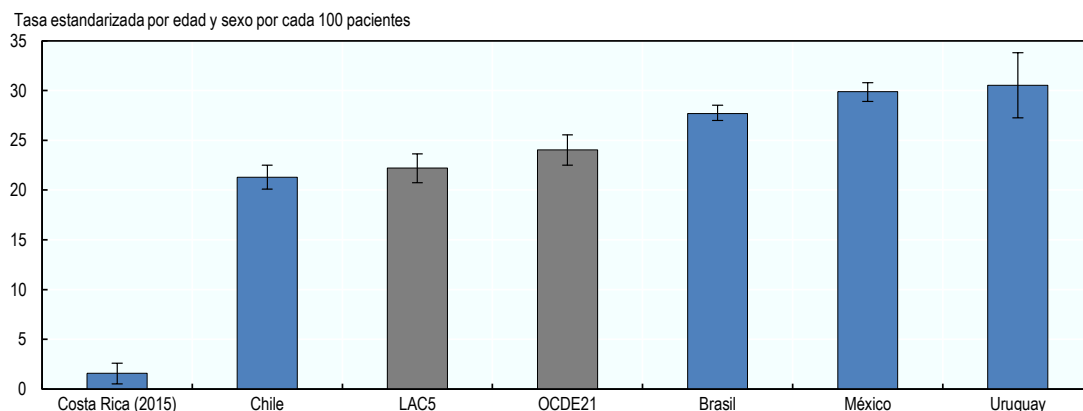
Figura 7.5. Tasas de letalidad intrahospitalaria en los 30 días posteriores a la admisión por ataque cerebrovascular isquémico, pacientes mayores de 45 años, 2017 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE y Ministerios de Salud de Brasil y Uruguay.

StatLink <https://stat.link/nq3x2h>

Figura 7.6. Tasas de letalidad intrahospitalaria en los 30 días posteriores a la admisión por ataque cerebrovascular hemorrágico, pacientes mayores de 45 años, 2017 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE y Ministerios de Salud de Brasil y Uruguay.

StatLink <https://stat.link/fvqj4>



From:
Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/6089164f-en>

Please cite this chapter as:

OECD/The World Bank (2020), “Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/50728648-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.