

EL RETO DE ATENDER A TIEMPO UN INFARTO

Blutitude realizó una encuesta a 32 hospitales para medir la capacidad de respuesta ante este evento de salud. Los participantes compartieron información de forma voluntaria y transparente para apoyar este análisis.

POR: *Blutitude*

El tiempo de respuesta de un hospital privado puede ser de media hora o de más de dos horas y media. Una encuesta a 32 hospitales, de 14 estados, muestra diferencias que no se explican por su tamaño o su equipamiento, sino por la forma en que organizan y documentan sus procesos.

De cada 100 personas que ingresan a un hospital con un infarto, casi 23 no viven más de un mes tras el evento. El promedio de la OCDE es menos de siete. Esta es una de las brechas más amplias de la atención en México y obliga a prestar atención a lo que ocurre en las primeras horas posteriores.

Las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte en México: en 2024, provocaron 177,673 defunciones, el 73.3% por enfermedad isquémica, en la que se incluye el infarto. Son más que las provocadas por la diabetes o por tumores malignos. En el caso del infarto agudo de miocardio, la medicina tiene relativamente claro qué se debe hacer y qué tan relevante es realizar a tiempo la intervención adecuada.

La referencia es de 90 minutos. Según De Luca y colaboradores (2004), cada 30 minutos de retraso se asocian con un incremento del 7.5% en el riesgo relativo de mortalidad al año. En un infarto, la rapidez con la que se identifica al paciente, se activa al equipo, se diagnóstica y se inicia el tratamiento explica el resultado: que el paciente sobreviva y tenga calidad de vida.

DECIDIR CON INFORMACIÓN

Cuando una persona sufre un infarto, la decisión sobre el hospital al que hay que acudir debe tomarse en minutos. En muchos casos, la toma un familiar, bajo presión y con muy poca información sobre la capacidad de los hospitales disponibles.

En México, no existe un registro público que permita conocer y comparar los tiempos de respuesta de los hospitales. En el sector privado, los pacientes y sus familias suelen elegir en función de la cercanía, la póliza

FOTO: EXPANSIÓN

de la aseguradora, la recomendación de un médico o la reputación de una marca.

Para dar mayor visibilidad a este tema, en esta edición del 'Ranking de hospitales privados de México' se aplicó una encuesta específica sobre la capacidad de respuesta ante urgencias cardiológicas, con información de 2025. La participación fue voluntaria, por lo que los resultados no representan el universo de hospitales privados del país.

Además, los hospitales que no miden determinados indicadores no pueden reportarlos y, por tanto, quedan fuera de los análisis. Aun con estas salvedades, los resultados permiten, por primera vez, dar visibilidad sobre la capacidad de respuesta de urgencias cardiológicas en el sector privado, observar diferencias entre hospitales y evidenciar la importancia que los hospitales participantes le otorgan a este tema, en el que invierten recursos y un gran esfuerzo para mejorar la atención.

DOS GRUPOS MUY DISTINTOS

Uno de los indicadores centrales del ejercicio es el Tiempo Puerta-Balón, que mide el tiempo transcurrido entre la llegada del paciente al hospital y la realización de la intervención coronaria. De los 32 participantes, 24 pudieron informar qué proporción de sus pacientes había sido atendida dentro de los 90 minutos.

El resultado no muestra una distribución uniforme. Los hospitales se concentran en dos grupos: 14, o el 58.3%, atendieron dentro del estándar a tres de cada cuatro pacientes o más; varios de estos reportan hacerlo en prácticamente todos los casos; siete hospitales, el 29.2%, lo consiguen en menos de la mitad de los pacientes, y tres de ellos, el 12.5%, atienden dentro de este estándar a uno de cada cinco pacientes o menos.

Entre ambos grupos hay una gran brecha: después de un hospital que reporta el 77% de sus casos dentro de 90 minutos, el siguiente se encuentra en el 67% y, a partir de ahí, los porcentajes caen rápidamente. Entre un extremo y otro, quedan tres hospitales.

Los tiempos reportados cuentan una historia similar. Entre los 23 que proporcionaron una cifra concreta en minutos, el menor fue de 30 minutos y el mayor, de 155. El valor que queda aproximadamente a la mitad de ese conjunto es de 72 minutos. La diferencia entre los extremos supera las dos horas. Ocurre en el mismo sector privado, en el mismo país y frente a una misma emergencia.

Hay que hacer, sin embargo, una precisión. Los hospitales no calculan necesariamente el indicador de la misma manera: algunos utilizan el tiempo típico o la mediana de sus casos, y otros, el promedio simple. Por ello, las cifras individuales deben interpretarse como órdenes de magnitud y no como tiempos estrictamente comparables entre instituciones. Para el análisis, la proporción de pacientes atendidos dentro de los 90 minutos ofrece una referencia más sólida.

LA ESCALA NO EXPLICA LA DIFERENCIA

Una primera explicación sería pensar que solo los hospitales grandes tienen mejores tiempos. Los datos de esta encuesta no respaldan esa hipótesis. Entre hospitales con un volumen similar de casos, hay diferencias en el porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar. De forma parecida, aun entre hospitales que tienen casi el mismo porcentaje de pacientes atendido dentro del estándar, el volumen de casos atendidos varía. Por ejemplo, entre los hospitales con el mayor porcentaje de pacientes dentro del estándar, hay instituciones que atienden menos de 50 ingresos cardiovasculares al año y otras que superan los 400.

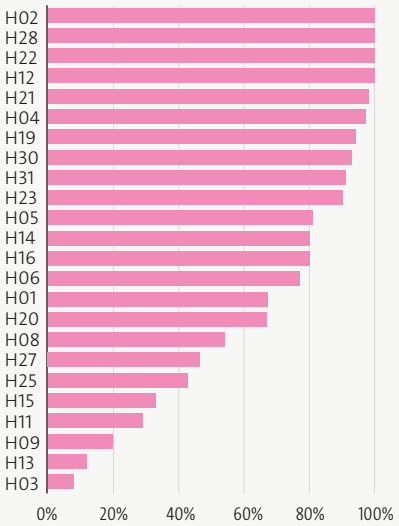
Atender a más pacientes no significa atenderlos más rápido. En un hospital con menos de 50 ingresos al año, 77 de cada 100 pacientes se atienden dentro de los 90 minutos; en uno de 400 a 799 ingresos, 91 de cada 100; y en uno de 800 o más, 67 de cada 100. El volumen de pacientes puede ser determinante en los resultados de algunas intervenciones quirúrgicas, pero en este ejercicio no se observa una relación clara con el tiempo de respuesta ante una urgencia coronaria.

Conviene hacer una precisión técnica sobre por qué pueden compararse hospitales de escalas distintas. El indicador principal ya está estandarizado por construcción: el porcentaje de casos atendidos dentro de los 90 minutos es una tasa cuyo denominador

ENTRE VIVIR Y NO

De cada 10 pacientes con infarto al corazón, ¿cuántos son atendidos a tiempo?

% DE CASOS ATENDIDOS EN MENOS DE 90 MIN



NOTA: Se muestran anónimos porque el objetivo es indicar la variación entre hospitales, no ordenarlos. Los datos son autorreportados y no fueron validados de manera independiente. Con el consentimiento de los hospitales participantes y un proceso de validación de casos, podrían incluirse sus nombres en ediciones futuras.

FUENTE: Blutitude.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

- Beneficencia Española de la Laguna, Coah.
- Centro Médico ABC Observatorio, CDMX
- Centro Médico ABC Santa Fe, CDMX
- Centro Médico Dalinde, CDMX
- Doctors Hospital AUNA, Nuevo León
- Doctors Hospital East AUNA, Nuevo León
- Hospital Cardiológica Aguascalientes, Ags.
- Hospital de Especialidades Médicas de la Salud, San Luis Potosí
- Hospital Español de Veracruz, Veracruz
- Hospital Español, CDMX
- Hospital Fátima, Sinaloa
- Hospital H+ Los Cabos, Baja California Sur
- Hospital H+ Querétaro, Querétaro
- Hospital Joya Marina Puerto Vallarta, Jal.
- Hospital Lomas de San Luis Internacional, San Luis Potosí
- Hospital MAC Aguascalientes Norte, Ags.
- Hospital MAC Aguascalientes Sur, Ags.
- Hospital MAC Celaya, Guanajuato
- Hospital MAC Guadalajara, Jal.
- Hospital MAC Irapuato, Guanajuato
- Hospital MAC León, Guanajuato
- Hospital MAC Mexicali, Baja California
- Hospital MAC Periférico Sur, CDMX
- Hospital MAC Puebla, Puebla
- Hospital MAC San Miguel Allende, Gto.
- Hospital Puebla, Puebla
- Hospital San José Navojoa, Sonora
- Hospital Zambrano Hellion Tec Salud, Nuevo León
- Hospitaria, Nuevo León
- Médica de la Ciudad, Sinaloa
- Médica Sur, CDMX
- OCA Hospital AUNA, Nuevo León

es el número de casos de cada institución, de modo que un hospital que atendió cinco angioplastias primarias y otro que atendió 380 se comparan sin distorsión.

La estandarización por camas o por volumen sería indispensable si se compararan conteos absolutos, como el número de infartos o defunciones, y ajustar por volumen retiraría, además de los datos, el hallazgo que aquí se documenta: que la escala no predice en todos los casos el tiempo de respuesta.

El ajuste que sí sería pertinente, por la gravedad del paciente, exige variables que la encuesta no recabó, pues su objetivo era documentar la capacidad organizativa y no el desempeño clínico ajustado; usar la proporción de casos dentro del estándar, en lugar del tiempo promedio, mitiga en parte ese límite, al ser una medida menos sensible a casos atípicos o a variaciones drásticas en la casuística entre hospitales.

El equipamiento tampoco explica las diferencias. Los 32 participantes reportaron una capacidad resolutiva elevada; 31 cuentan con sala de hemodinamia y capacidad para realizar angioplastia de urgencia las 24 horas; todos reportan disponibilidad permanente de un cardiólogo intervencionista; 31 establecen como meta hacer el primer electrocardiograma en 10 minutos o menos, y 24 señalan que habilitan la sala de hemodinamia en un máximo de 30 minutos.

Es decir, entre los hospitales que participaron en la encuesta, la disponibilidad de infraestructura y especialistas es elevada y no parece ser suficiente para explicar por qué algunos responden en alrededor de 30 minutos y otros requieren más de dos horas.

LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN

La encuesta incluyó también siete procesos clínicos relacionados con la atención de urgencias cardiológicas: código infarto, dolor torácico en urgencias, choque cardiogénico, arritmias graves, traslado, insuficiencia cardiaca aguda y alta posterior al infarto.

Se preguntó si estos procesos estaban formalmente documentados y vigentes, y aparece una diferencia relevante. Los que reportaron tener documentados cuatro o más de estos procesos mostraron un tiempo típico de 66 minutos, mientras que aquellos que reportaron tener documentados tres o menos mostraron 89 minutos. La diferencia también aparece cuando se observa a los pacientes, los hospitales del primer grupo atendieron dentro de los 90 minutos a 85 de cada 100 pacientes, frente a 67 de cada 100 en el segundo grupo.

PREGUNTAS ANTES DE DECIDIR EL HOSPITAL

El ejercicio de urgencias refleja la capacidad de respuesta y permite plantear algunas preguntas que un paciente o un familiar puede formular antes de que ocurra una emergencia.

1. **¿Cuál es su Tiempo Puerta-Balón y quién lo revisa?**

   Más que conocer solo el número, importa saber si el hospital lo mide de manera sistemática y quién analiza sus resultados.

2. **¿Tienen cardiólogo intervencionista y sala de hemodinamia 24/7?**

   Casi todos respondieron afirmativamente, aunque se debe recordar que se trata de una evaluación específica. Fuera de los participantes, la respuesta no puede darse por sentada.

3. **¿Está documentado y vigente su código infarto?**

   La pregunta es sencilla y permite conocer si existe un proceso formal para coordinar la atención de una de las urgencias cardiovasculares más críticas.

4. **Si el hospital no puede realizar una intervención coronaria de urgencia, ¿a qué hospital traslada al paciente y cuánto tiempo le toma?**

   No contar con hemodinamia no significa que un hospital no forme parte de una red de atención. Lo importante es que tenga el mecanismo para referir pacientes, el hospital receptor y los tiempos de respuesta.

Para responder a una urgencia cardiológica, se requiere infraestructura, personal especializado, procesos y coordinación. Pero también, medir qué ocurre cuando ese conjunto debe funcionar bajo presión. Hoy, un paciente cuenta con poca información sobre cómo responde un hospital en estos casos. Incluso los que reportan tiempos de alrededor de 30 minutos tienen un problema si no pueden demostrarlo con información sistemática. Se agradece también la retroalimentación para la encuesta de tres expertos en áreas clínica y de calidad: Dr. Octavio González Chon, Dra. Elsa Juárez y Dr. Rafael Puppo.

Esto no significa que documentar un protocolo haga, por sí mismo, que un hospital responda más rápido. La encuesta no permite establecer una relación causal ni evalúa de manera independiente el grado de cumplimiento o de auditoría de cada protocolo. Lo que sí muestran los datos es una asociación consistente: los hospitales que reportan mejores tiempos también tienden a tener una mayor formalización de sus procesos de atención.

Un protocolo documentado y vigente puede ser la expresión de una organización que ha definido previamente responsabilidades, plazos y mecanismos de activación. En una urgencia cardiológica, eso puede significar que esté claro quién identifica al paciente, quién activa el código correspondiente, quién contacta al cardiólogo intervencionista, quién moviliza al personal de hemodinamia, quién autoriza determinadas acciones y qué ocurre cuando el hospital no cuenta con la capacidad necesaria.

La diferencia no está solo en disponer de más recursos, sino en qué tan integrada está la respuesta cuando esos recursos deben movilizarse al mismo tiempo.

MEDIR TAMBIÉN IMPORTA

Nueve de los 32 hospitales participantes no pudieron proporcionar una cifra de su Tiempo Puerta-Balón. El asunto, en estos casos, no parece ser la ausencia de capacidad clínica, puesto que son instituciones que cuentan con los recursos necesarios, desde sala de hemodinamia, cardiólogo intervencionista y hasta un programa activo de atención, sino que el indicador no está disponible.

Solo 14 de los 32 hospitales señalaron que revisan periódicamente este indicador en un comité formal. Esa variable fue, además, la que mostró la asociación más clara con la posibilidad de contar con un dato numérico del tiempo de respuesta.

Algo similar ocurre con otro indicador crítico: el tiempo transcurrido hasta la primera desfibrilación en un paro cardiaco intrahospitalario. Solo 18 de los 32 participantes reportaron medirlo.

Medir de manera periódica permite identificar y registrar también los casos que se desvían del estándar. Una institución que mide de manera sistemática puede terminar mostrando una realidad aparentemente menos favorable, pero también más completa, y donde hay un seguimiento puntual del desempeño, que otra que no cuenta con un mecanismo formal de seguimiento.