

INFARTO DE MIOCARDIO... LOS MINUTOS CUENTAN

Dr. Daniel R. Pichel P.

Una ligera molestia en el pecho entre dolor opresivo y ardor, se irradia al brazo izquierdo y a la mandíbula. Se asocia a gran ansiedad y a sudoración fría... muchas veces parecen molestias digestivas por lo que se espera un rato "a ver si pasan"... Estas pueden ser las primeras manifestaciones de la enfermedad que cobra más vidas, año tras año, en las sociedades desarrolladas... **Un Infarto del Miocardio.**

Por definición, un infarto es la muerte de un tejido por isquemia (disminución severa o absoluta del aporte de oxígeno). El término se aplica a cualquier órgano: cerebro, pulmón, intestino, riñón y miocardio (músculo del corazón). Como todo proceso de muerte, es irreversible por lo que el daño ocurrido no puede repararse. A nivel cardíaco, la suspensión de la circulación ocurre por la formación de un coágulo o trombo en una arteria coronaria, habitualmente sobre una lesión aterosclerótica (formada a lo largo de muchos años por colesterol, tejido fibrótico y pequeños vasos sanguíneos). La magnitud del infarto dependerá principalmente de la arteria afectada y del tiempo que el tejido permanezca sin oxígeno. Se supone que a los 30 minutos de obstruida la circulación ya ocurre en

el miocardio daño irreversible. De ahí la importancia de iniciar el tratamiento lo antes posible. Se ha calculado que la muerte del 40 % del corazón es incompatible con la vida.

Sin embargo, existen actualmente en nuestro medio múltiples alternativas de tratamiento que permiten al cardiólogo realizar intervenciones destinadas a limitar el daño producido por un infarto y en algunos casos hasta abortar el proceso de muerte inminente por falta de oxígeno. **El éxito de estas medidas dependerá del tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el inicio de la terapia correspondiente.** A continuación, describiremos algunos de los procedimientos a los que se somete un paciente que llega al cuarto de urgencias con síntomas que pudieran corresponder a un infarto de miocardio, con miras a confirmar el diagnóstico y a iniciar el tratamiento.

Al llegar a Urgencias con síntomas sugestivos de un problema cardíaco isquémico se hará lo siguiente:

1. El paciente será colocado en reposo absoluto con monitor cardíaco y oxígeno por vía nasal. Se colocará venoclisis por lo menos en una vena (ocasionalmente una en cada brazo).
2. Se tomará un electrocardiograma, el cual es el método más rápido de

diagnosticar un problema de este tipo.

3. Se harán exámenes para evaluar la coagulación y para detectar elevaciones tempranas de las “enzimas cardíacas” (sustancias que existen en el miocardio y que se liberan a la circulación en caso de muerte celular). Algunas de estas enzimas son específicas del corazón y otras pueden encontrarse también en otros órganos como la musculatura, el hígado y el cerebro. Recientemente se ha introducido en nuestro medio la determinación de Troponina T en sangre. Esta sustancia es una proteína específica del corazón la cual se eleva muy tempranamente cuando ocurre un infarto

4. Cuando los síntomas sugieran un infarto, pero el electrocardiograma no sea concluyente para confirmar el diagnóstico, el médico contará con la alternativa, si lo considera justificado, de realizar un ecocardiograma o ultrasonido cardíaco con el cual podrán detectarse áreas del corazón que dejan de contraerse por efecto de la falta de oxígeno (Fig. 3).

Una vez confirmado el infarto, el cardiólogo evaluará las diferentes modalidades de tratamiento para tratar de limitar la muerte del tejido cardíaco:

1. Algunos pacientes podrán ser tratados con “*terapia trombolítica*”. Esto consiste en la utilización de sustancias que comparten la propiedad de disolver coágulos, que pudieran estar obstruyendo las arterias coronarias y que fueran responsables del infarto. La utilización de estos medicamentos debe ser evaluada en forma

individual, pues existen condiciones en que su uso podría representar serio peligro para el paciente ya que el riesgo de hemorragia es alto.

2. Otros pacientes serán llevados en forma directa a la sala de cateterismo, donde el médico intentará evaluar cuál arteria está obstruida y, si es posible, se intentará realizar una “*angioplastia primaria*” (Fig. 4), en la cual pasará un alambre muy fino a través del coágulo y posteriormente se dilatará con un balón. Si el especialista que realiza el procedimiento lo considera necesario, se podrá colocar una férula endovascular (“*stent*”) para mantener el vaso abierto.

3. Otros pacientes con infartos pequeños o contraindicaciones para estos tratamientos se manejarán de manera conservadora con monitorización continua y tratamiento convencional.

4. Muy ocasionalmente, al realizarse un cateterismo en fase aguda, se llegará a la conclusión de que el paciente requiere *revascularización* o “*By-Pass*” de manera urgente.

Todas estas alternativas de diagnóstico y tratamiento, las cuales deberán ser decididas por el médico en forma particular para cada caso, han logrado disminuir la mortalidad del infarto de miocardio en forma significativa, siempre y cuando no haya ocurrido daño irreversible severo al momento de la evaluación inicial.

Recuerde..., de nada vale contar con todos estos recursos si los pacientes no toman en cuenta que, ante síntomas que pudieran representar un infarto... **LOS MINUTOS CUENTAN...**