

EL INFARTO DEL MIOCARDIO Y LA EVOLUCIÓN DE LA CARDIOLOGÍA MODERNA

La condición médica denominada Infarto del Miocardio, más comúnmente conocida como “ataque cardíaco”, fue descrita hace apenas 60 o 70 años. El camino recorrido desde entonces en relación con su tratamiento ha estado íntimamente ligado al progreso de la Cardiología y a su definición como rama o sub-especialidad de la Medicina Interna.

Hace unos 50 años, debido a la carencia de conocimientos o equipos básicos de electrocardiografía, la mayoría de los pacientes no llegaban ni siquiera a ser diagnosticados. Aquellos que alcanzaban a ser admitidos en centros de cierta magnitud, como pueden haber sido el Hospital Santo Tomás o el Gorgas, recibían un tratamiento dirigido al alivio del dolor y en caso de sobrevivir los primeros días, permanecían en reposo por períodos muy prolongados, a veces hasta de dos meses. El tratamiento era pasivo y su efectividad bastante limitada.

Gran parte del progreso logrado en el manejo de este serio problema de salud se debe a que, poco a poco, se llegó a un conocimiento más íntimo de los mecanismos mediante los cuales se produce el evento. Las arterias coronarias, complejas tuberías a través de las cuales circulan considerables volúmenes de sangre oxigenada, destinada al intenso metabolismo de los tejidos musculares del corazón, son particularmente sensibles a cambios degenerativos en su superficie interior, en particular a la formación de “ateromas” que son en realidad depósitos de lípidos y tejido fibroso, más conocidas como acumulaciones de colesterol o “placas”. Las placas pueden permanecer estables durante muchos años, aumentar en magnitud, produciendo un estrechamiento progresivo en el diámetro o luz de la arteria; pueden también desaparecer, sufrir cambios, rupturas o ulceraciones. Finalmente al estabilizarse, pueden servir de base para la súbita formación de un coágulo el cual puede llegar a ocluir totalmente la arteria. Los factores que determinan la formación de un coágulo en forma repentina son múltiples y de muy alta complejidad, sin embargo, el resultado de este evento es la obstrucción al paso de la sangre rica en oxígeno y la producción de un “infarto” o muerte de las células musculares cardíacas cuya nutrición depende de la arteria comprometida. Estas células son luego remplazadas por tejido fibroso o cicatricial ya que las mismas células musculares, altamente especializadas, no se vuelven a regenerar.

En el caso típico, el paciente experimenta un dolor opresivo muy intenso en el centro del pecho, el cual tiende a irradiarse hacia el cuello y los brazos. Hay sudoración, palidez y sensación de desmayo. Lo que más impresiona de esta condición es lo súbito de su aparición. Al contrario de la noción popular, es importante destacar que también ocurre en personas del sexo femenino.

En la actualidad la población está mucho más consciente del problema y la mayoría de las personas que presentan síntomas como los descritos saben que deben dirigirse rápidamente a un cuarto de urgencias. Ya contamos con eficientes servicios de ambulancias y frecuentemente encontramos casos que llegan a los hospitales escoltados por médicos y hasta diagnosticados antes de su llegada. El personal médico y de enfermería de los cuartos de urgencias está cada vez más alerta y mejor entrenado sobre el manejo médico y sabe que las primeras horas son cruciales. En el pasado cerca del

40% de los pacientes que fallecían a causa de un infarto lo hacían antes de llegar a los hospitales.

El primer avance importante se logró hace cerca de 30 años y fue el adecuado manejo de las complicaciones eléctricas o arritmias, las cuales son muy frecuentes durante las primeras horas, mediante el uso de monitores y medicamentos estabilizadores. También las admisiones rápidas a las salas de cuidados coronarios con personal de enfermería altamente capacitado y el empleo ocasional del “shocks” o descargas eléctricas, determinaron la reducción de la mortalidad intrahospitalaria desde el 30 hasta el 15% aproximadamente.

Los avances no pararon allí. Surgieron nuevos medicamentos, los llamados beta-bloqueadores y los “inhibidores de ECA”. Se generalizó el uso de la aspirina como agente preventivo de la agregación de las plaquetas, paso obligado en la formación del coágulo obstructivo y se reconoció la importancia de otros agentes como la heparina y algunos vasodilatadores para reducir las complicaciones.

Pero el papel del médico especialista pasó a ser más activo aún con el uso de los agentes “trombolíticos”, sustancia cuya administración va destinada a la resolución o “lisis” del coágulo obstructivo. En algunos casos afortunados, al aplicar dichos medicamentos en fases muy tempranas, idealmente durante las dos primeras horas después de iniciado el infarto, se logra impedir que ocurra la destrucción del tejido muscular. En la mayoría de los casos, su administración posterior a estas dos primeras horas sigue siendo ventajosa, ya que la magnitud del infarto se logra reducir o limitar.

Ciertamente no todos los infartos son iguales. Mientras mayor sea el área de destrucción o “área infartada”, peor será el pronóstico del paciente, ya que en ese caso ocurrirán mecánicas como la falla total en el mecanismo de bombeo del corazón. Por otro lado, mientras mayor haya sido el infarto, peor será la función del corazón en los pacientes después de su salida del hospital.

El médico cardiólogo usualmente puede clasificar o tener la idea de la magnitud de un infarto desde el momento en el que recibe al paciente en el cuarto de urgencias. En base a esta evaluación inicial, se decide el manejo más adecuado, el cual además de las medidas de tratamiento mencionadas puede incluir, en casos más serios y siempre que se cuente con el equipo y la experiencia adecuadas, procedimientos más invasores. Estos incluyen cateterismo de urgencia para ubicar anatómicamente la obstrucción y reabrir la arteria mediante sofisticadas maniobras mecánicas (angioplastia), muchas veces bajo la protección de mecanismos anticoagulantes o antiplaquetarios más potentes. O bien cirugía de revascularización de urgencia o el uso de dispositivos de soporte circulatorio. La aplicación de estas medidas requiere entrenamiento, experiencia, un gran trabajo de equipo y excelentes facilidades tecnológicas que generalmente no están disponibles en los centros de salud primarios o secundarios, sino en los “terciarios”.

El camino recorrido ha sido fructífero. Como cardiólogo panameño me complace informar que todas estas alternativas de tratamiento están al alcance de la comunidad, al igual que en las grandes ciudades de países más desarrollados. Se estima que la mortalidad en estos 50 años se ha reducido de un 30 a 40% a un 5 a 10%. Sin embargo, el infarto del miocardio sigue siendo un problema de salud muy importante. Esperamos

que los diagnósticos por parte de los médicos primarios sean cada vez más rápidos y certeros. Esperamos también contar muy pronto con medicamentos aún más efectivos, con menos efectos indeseables, menos costosos y de más fácil aplicación, para que puedan también ser usados en las comunidades más apartadas.

Deseamos dejar a los estimados lectores dos mensajes: En primer lugar, traten de evitar la formación de placas o ateromas mediante medidas preventivas. No debemos hablar de este tema sin mencionar siquiera los factores que llevan a estas consecuencias: Tabaquismo, hipertensión, colesterol elevado, sedentarismo, diabetes y stress. En segundo lugar, acudan rápidamente a los cuartos de urgencia en caso de tener síntomas parecidos a los mencionados.

Dr. Percy Núñez J.
Cardiólogos Asociados de Panamá
Diciembre 10, 2001