

Mesa redonda

Tratamiento del infarto de Miocardio en el Medio Rural

Arnaldo Casellas Bestard (*)

El pasado día 7 de Mayo, tuvo lugar en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, una mesa redonda para discutir el tema, "Tratamiento del infarto agudo de miocardio en el medio rural". Actuó como moderador el Dr. Arnau Casellas, Académico Numerario, y como ponentes los Dres. Javier Peris, que trabaja como médico de familia en el área de Sóller y Deyá y el Dr. Bartolomé Balaguer, también médico de familia en el área de Capdepera y Cala Ratjada. Como cardiólogo no hospitalario se contó con la colaboración de Dr. Montserrat Galmés, que durante muchos años ha ejercido en Manacor y su comarca, y como cardiólogo hospitalario actuó el Dr. Miguel Fiol, responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios de la Residencia Sanitaria de Son Dureta.

Como conclusión de un vivo debate, señalaremos:

1) Que la mortalidad en el transcurso de la primera hora de sufrir un infarto de miocardio, arroja una estadística aterradora, del orden del 50%, de los cuales en un 13% el fallecimiento se produce de un modo "fulminante" por rotura cardiaca o por un "paro cardiaco" secundario a una arritmia ventricular maligna, bradiarritmia ventricular o taquicardia ventricular, en sujetos que por falta de testigos o en su presencia no han recibido maniobras de resuscitación.

2) Precisamente es dentro de este grupo de infartos que sufren una "muerte súbita", es decir la que tiene lugar entre el inicio de los síntomas hasta los 60 minutos, a los que aplicando unas adecuadas maniobras de resuscitación, muchas veces por personal no sanitario, se puede mantener el ABC, es decir aireación, respiración y actividad cardiaca, hasta que puedan acceder a una atención médica de urgencia y evitar el paro cardio-respiratorio irreversible.

3) Estudios epidemiológicos han demostrado, que con las maniobras de resuscitación, se lograron recuperar un 30 % de los paros cardio-respiratorios secundarios a infartos agudos de miocardio y que la supervivencia de los afectados al cabo de un año era del orden del 75%.

Este hecho interferiría de modo notorio sobre la referida mortalidad del 50%.

4) Un dato del mayor interés y que precisamente es uno de los puntos básicos de la temática es la desventaja que existe entre los habitantes de las grandes ciudades o las del medio rural, que en nuestro país y en nuestra Islas supera en mucho, de forma especial en la época estival, a la de los grandes núcleos urbanos, es que en presencia de testigos las ambulancias con UVI, pueden atender en pocos minutos a los infartados y trasladarlos, mientras son asistidos, a un centro donde dispongan de UCI.

5) Precisamente el ingreso en estas UCI, ha permitido bajar la mortalidad del infarto agudo de miocardio que desde 1960 se había estancado en un 13 a 15% (control de arritmias y fallo ventricular) hasta un 5 a 7%, gracias a las nuevas técnicas de "reperusión", ya que la fibrinólisis, aplicada dentro de las 6 primeras horas, reduce la necrosis, preserva la función ventricular y mejora como hemos indicado el pronóstico. sin embargo y debido básicamente al retraso en el internamiento del paciente, solo un 45% de los pacientes de Mallorca, internados en Son Dureta pudieron recibir dicha terapia.

(*) Académico Numerario

6) Los médicos de familia Dres. Peris y Balaguer, consideran que los medios gubernamentales no se preocupan, salvo en forma aislada, de que se practiquen en sus PAC, de forma programada, cursillos para la formación médica y de voluntarios de las debidas maniobras de asistencia cardio-respiratoria. El moderador señaló la importancia de este hecho y no sólo en medio rural sino en todos los Centros Sanitarios, habida cuenta de las rotaciones del personal médico y paramédico cuando dichas maniobras exigen una adecuada y ordenada colaboración.

7) En las áreas rurales y precisamente donde trabajan los Dres. Peris y Balaguer, y ello podría extrapolarse a muchas otras áreas de las Islas, las vías de comunicación, a parte de ser muy deficitarias en horas puntas del día, debido al exceso de tráfico pueda ser de difícil acceso incluso para las ambulancias del 061, a las que consideramos llevan a cabo una tarea muy positiva, tanto en la toma de contacto con el paciente, sino también en los controles y terapia durante su traslado, quedando ya lejos los resultados del BEECIM, del año 1988, en que se tardaba 9 horas y 3 minutos en el traslado de un paciente cuando llamaban al sistema Sanitario con relación a las 2 horas y 46 minutos cuando el traslado se efectuaba por iniciativa propia. Además el único curso efectuado en medio rural, ha sido el practicado por el equipo sanitario del 061.

8) Se convino en que los PAC, con vistas al diagnóstico del paciente y aparte de los datos clínicos, se disponía de un Electrocardiógrafo, se enfatizó la conveniencia de disponer de la determinación enzimática de la Troponina T, que mediante una extracción de sangre venosa y en el intervalo de 7 a 15 minutos puede indicar si hay o no infarto, a diferencia de las clásicas determinaciones enzimáticas que tardan mucho más tiempo.

9) El Dr. M. Galmés, coincidió en todos los datos referidos por los médicos de familia y en que mientras no se produce el

traslado del paciente, hay que mantenerlo en reposo total, vigilar sus constantes vitales, administrarle mórficos en caso de dolor o ansiedad, siempre que no exista contraindicación, así como nitratos y oxigenoterapia y remarcar la conveniencia de un trato humano lo más exquisito posible para contrarestar su acusada ansiedad.

10) El Dr. M. Fiol, coincidió en la eficacia en el transporte del 061, pero que su principal problema estriba en que existen demasiadas barreras para que el paciente alcance rápidamente la UCIC. Estos retrasos constituyen uno de los problemas mayores al margen de las contraindicaciones para el uso más amplio de los fibrinolíticos.

11) Se discutió sobre la conveniencia de utilizarlos en la etapa pre-hospitalaria, sobre todo cuando se prolonga más de 2 horas el traslado, en especial la uroquinasa, que no precisa nevera, pero y a pesar del estudio EMIP del 1993 y del Great de 1994, que si los recomendaba, se convino en que sigue vigente como primer fibrinolítico, el uso de 1/2 gr. de Aspirina, ya que según el estudio ISIS II, son mínimas sus diferencias con la estreptoquinasa, que es el fibrinolítico más barato (750.000 WI cuestan 10.315 ptas) mientras que la uroquinasa (250.000 WI cuestan 53,676 ptas) es cara y no hablemos del rt-PA, que alcanza las 142.459 ptas y el APSAC las 162.184 ptas., lo cual exige más acusado dispendio para las economías estatales y privadas.

12) Por otra parte no hay que olvidar las posibles complicaciones que encierra el uso de los fibrinolíticos como son las hemorragias sistémicas y cerebrales, las arritmias por reperfusión, la hipotensión y bradicardia y hasta reacciones alérgicas. También el Dr. M. Fiol, enfatizó, la importancia de un correcto diagnóstico clínico y que a veces se abusa de los datos eléctricos, que en las primeras horas pueden estar ausentes y de la espera frecuentativa clásica y de lo fatal que sería administrar un fibrinolítico en caso de un aneurisma

ma disecante de aorta, debido a un diagnóstico erróneo.

Así pues incluso en los hospitales y a pesar de la evidencia de la eficacia de la fibrinólisis ésta, se infrutiliza, ya que se seleccionan los candidatos con bajo riesgo, por lo que su impacto en la población global todavía no es el adecuado.

13) En cuanto a la terapia de las arritmias ventriculares malignas, aparte de los que se ha mencionado del gran papel que juega el desfibrilador para tratar la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular, se remarca la importancia de la Atropina en las bradiarritmias, sin olvidar el papel de las electroestimulación. Se mencionó la utilidad de la adrenalina por vía endotraqueal disuelta en 10-20 cc. ya que su absorción y llegada al miocardio ventricular es rápida y se evita la punción cardiaca directa, que puede lesionar la coronaria izquierda. También juega su papel el uso de los beta-bloqueadores con los cuidados que dicha terapia requiere así como la lidocaina que si bien ha sido muy discutida por el fallo que pueda producir en la contractilidad del miocardio no deja de ser cierta su espectacularidad en casos de extrasistolía ventricular maligna y en la prevención de las ya conocidas arritmias ventriculares malignas. También se mencionó las dificultades existentes para conseguir el Tosilato de Bretilio para las taquicardias ventriculares. Desde el estudio CASI, se tiene mucho más respeto al uso de otros antiarrítmicos, salvo la amiodarona.

14) Por la complejidad del tema y por sin ser ni mucho menos importantísimos pero ya implicados en el ámbito hospitalario y no en el medio rural, no se habló de

los inotrópicos así como tampoco de las técnicas de ACTP, ni del balón de contrapulsación, así como tampoco del by-pass que algunos pacientes requieren de urgencia.

15) Al finalizar se discutió si realmente Baleares es, según refiere el Centro Nacional de Epidemiología en 1955, la Comunidad con la tasa de mortalidad más elevada de España y que se están iniciando estudios tanto de morbi-mortalidad como de factores de riesgo para esclarecer estos datos.

16) Agregar que los días 6,7 y 8 de Junio en Sevilla, se celebrará el III Congreso Interdisciplinar Europeo de Resucitación Cardio-pulmonar y de emergencias médicas, convocando por el European Resuscitation Council y que organiza el Comité Español de Resucitación. Sería muy interesante que de esta reunión se pudieran obtener conclusiones prácticas y eficaces, para el adecuado reciclaje de los médicos de familia que son los primeros y los que más sufren las consecuencias del infarto de miocardio, de modo especial en la espaciosa área rural española.

17) Finalmente el moderador y basado en el Capítulo II, artículo 3º de los Estatutos de la Real Academia y que dice " la Real Academia auxiliará a las autoridades en cuestiones sanitarias, bien evacuando las consultas que le haga, bien elevando espontáneamente escritos oportunos relacionados con asuntos médicos de interés", propuso al Excmo. Presidente de dicha Institución, que presidía el acto, para que, si lo consideraba adecuado, actuará según la recomendación de dichos Estatutos.