

Medicent Electrón 2014 oct.-dic.;18(4)

 HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE
 CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO
 SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

Formas clínicas de presentación del infarto agudo del miocardio

Clinical forms of presentation of acute myocardial infarction

MSc. Dr. Reinaldo Gómez Pacheco

 Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: procesomfr@capiro.vcl.sld.cu
DeCS: infarto del miocardio.

DeCS: myocardial infarction.

La cardiopatía isquémica (CI) constituye uno de los problemas de salud más serios a nivel mundial, y entre sus formas clínicas, el infarto agudo del miocardio (IAM) es el que presenta mayor mortalidad,^{1,2} no solo a edades avanzadas de la vida, sino que se describen casos en que la enfermedad coronaria aparece a edades más tempranas debido a los factores de riesgo (FR) coronarios comunes y otros que se le han incorporado, como dietas ricas en grasas, tabaquismo, sedentarismo, hiperhomocisteinemia, genes defectuosos y estrés; existen otros, como las apoproteínas, las concentraciones altas en sangre de proteína C reactiva (PCR) y la elevación de los niveles de fibrinógeno, que incrementan el riesgo de sufrir un ataque cardíaco. La PCR y el fibrinógeno están asociados con la inflamación, y este último también está involucrado en la coagulación de la sangre.^{2,3}

A pesar de los avances en el conocimiento de la CI y del control de sus FR, esta sigue siendo la primera causa de muerte e incapacidad en los países desarrollados, y constituye un reto para la salud a nivel mundial, por lo que ha sido considerada por algunos autores «el azote de la vida moderna».⁴

Las formas clínicas de la enfermedad isquémica cardíaca, según la OMS, son: la angina de pecho, el infarto agudo del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la muerte súbita y las arritmias. La angina de pecho y el infarto agudo del miocardio son clasificadas como cardiopatías dolorosas, y las demás, como no dolorosas.⁵

Los cambios ocurridos en el estado de salud de la población cubana en las últimas décadas son expresión de la alta prioridad y de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública en la esfera social y en la transformación cualitativa del nivel de vida de sus ciudadanos. Los pacientes no mueren por enfermedades prevenibles, lo que conduce al aumento de la expectativa de vida. Esto ha propiciado que las enfermedades no transmisibles constituyan la primera causa de muerte en nuestro país, fundamentalmente las del corazón.^{3,4}

En Cuba, se ha realizado un esfuerzo extraordinario en la creación de un sistema de salud cuyo objetivo es el hombre como ser biopsicosocial, con una cobertura preventivo-asistencial que garantiza una atención integral al individuo. En los hospitales de la provincia de Villa Clara ingresan al año unos 12 000 pacientes por IMA, con una letalidad promedio de 6 % a 14 %; se puede inferir que aún queda mucho por hacer en materia de prevención.^{6,7}

El IAM es el responsable de altísimos costos emocionales y socioeconómicos: mortalidad prematura, incapacidad física, pérdida de ingresos en los sujetos enfermos, así como los gastos ocasionados a la seguridad social.^{6,7} El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado una serie de acciones desde el nivel primario de atención, que se resumen en: promoción y prevención dirigida al control de los FR; apertura de Unidades de Cuidados Intensivos Emergentes en todos los hospitales para el ingreso de los pacientes en quienes se sospeche la presencia de un trastorno coronario agudo; apertura de unidades de vigilancia intensiva a nivel primario, para la atención precoz al paciente con un infarto agudo del miocardio, antes de ser trasladado a las unidades de terapia intensiva; puesta en servicio de unidades de apoyo vital avanzado, con personal médico y paramédico entrenado en el tratamiento de las urgencias, así como subsistemas de urgencias con ambulancia.⁸ Para unificar el funcionamiento de estos servicios, se creó un sistema prehospitario, que se encarga de optimizar las funciones de diagnóstico, atención y reperfusión precoz, a través de las Unidades de Terapia Municipales y de los Policlínicos Principales de Urgencia, que se encuentran rectorando esta actividad, conjuntamente con el Sistema Integrado de Urgencias Médicas, constituido por enfermeros licenciados, los cuales practican procedimientos que antiguamente solo podían realizar los médicos. En el hospital clínico quirúrgico «Manuel Fajardo Rivero» de Santa Clara, se realizó un estudio para identificar las formas de presentación del IMA, que incluyó a 97 pacientes recibidos en el cuerpo de guardia. Las formas de presentación más frecuentes fueron la dolorosa precordial, las arritmias, la insuficiencia cardíaca, las manifestaciones neurovegetativas y el síncope, entre otras. Con la finalidad de ejercer con posterioridad acciones de salud, se entrenó al personal médico y paramédico en la detección temprana de las formas clínicas de presentación del infarto agudo del miocardio.

Para la realización de este entrenamiento, se consideró la rotación por este hospital de los estudiantes del sexto año de la carrera de Medicina y los médicos de familia, además del personal de enfermería en su proceso de formación; se realizaron acciones de capacitación dirigidas a modificar las formas de enfrentar la problemática de estos enfermos, desde el cuerpo de guardia y en la comunidad, para el reconocimiento de esta enfermedad, lo que constituyó una herramienta de gran valor en la actualización del ejercicio de la profesión médica.

Se incluyeron conferencias relacionadas con las diferentes formas de presentación del IAM y, además, se orientó cómo realizar charlas educativas en relación con los principales síntomas, los FR asociados y la importancia de disminuir los hábitos tóxicos. La aplicación de dichas actividades favoreció el logro de un diagnóstico temprano, con el consiguiente tratamiento oportuno durante las primeras horas.

La estrategia desarrollada permitió que los pacientes llegaran al cuerpo de guardia y a la sala de terapia intensiva del hospital en mejores condiciones, desde el punto de vista hemodinámico. Este esfuerzo posibilitó también la disminución de las complicaciones eléctricas y mecánicas del IAM, de frecuente aparición en la etapa inicial; de esta manera, los pacientes tuvieron una mejor calidad de vida durante la evolución de su enfermedad y no hubo que lamentar complicaciones fatales. La aplicación de acciones de este tipo puede contribuir a minimizar los gastos, al disminuir la estadía hospitalaria y las complicaciones, entre otros factores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kristian Thygesen JS, Alpert Harvey D, White Allan S, Jaffe Maarten L, Simoons B. Universal Definition of Myocardial Infarction . Rev Esp Cardiol. 2013;(66):132-8.
2. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M. Enfermedad arterial coronaria. En: El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Vol. III. 11na. ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 673-701.
3. Kahn R. Metabolic syndrome: a defeated emperor. En: Programa Científico XVIII Congreso Panamericano de Endocrinología. Resúmenes de Conferencias. La Habana: Palacio de Convenciones; 2012. p. 83-5.
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2011 (Edición Especial). Mortalidad [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2012 abr. [citado 10 ene. 2013]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf>
5. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom Lunguistc, Crea F, Falk V, *et al.* Guías de Práctica

- Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Manejo del infarto agudo del miocardio con pacientes con elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2009;62(3):1-47.
6. Borrero Sánchez J, Céspedes Miranda EM, Peña Sánchez M, Suárez Castillo N, Olivero Betancourt RA. Mecanismos moleculares implicados en las enfermedades cardiovasculares aterotrombóticas. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2012 jul.-sep. [citado 28 oct. 2012];28(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 7. Alvarez Cortes JT, Bello Hernández V, Pérez Hechavarría GA, Antomarchi Duany O, Bolívar Carrión ME. Factores de riesgo coronario asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto mayor. MEDISAN [internet]. 2013 ene. [citado 17 nov. 2013];17(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 8. Martínez Espinosa C. Tratamiento trombolítico del infarto agudo del miocardio. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. Vol. 2. 2da. ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 828-37.

Recibido: 4 de marzo de 2014
Aprobado: 10 de junio de 2014

MSc. Dr. Reinaldo Gómez Pacheco. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Manuel Cmdte. Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: procesomfr@capiro.vcl.sld.cu