

Algunos problemas actuales de la unidad coronaria

Desde que el Dr. Hughes Day inaugurara la primera Unidad Coronaria en el Bethany Hospital de Kansas en 1962, mucho se ha avanzado en el conocimiento del infarto agudo de miocardio y en la prevención y terapéutica de sus complicaciones.

El infarto de miocardio es una enfermedad grave ya que su mortalidad es del 30 % aproximadamente cuando los pacientes son tratados en su domicilio o internados en sectores hospitalarios o sanatoriales convencionales.

Al respecto puede afirmarse que la efectividad terapéutica no difiere esencialmente en ambas situaciones: es decir que un paciente con un infarto agudo de miocardio se halla tan desprotegido en la habitación de un sanatorio fuera del área de cuidado intensivo como lo estaría en su propia casa. Algo similar ocurre cuando las Unidades se hallan en el comienzo de su organización y el personal de médicos y enfermeras carece del entrenamiento adecuado. En nuestra experiencia, la mortalidad en los primeros 50 pacientes fue del 25 %, cifra ésta que no difería notoriamente de la mencionada antes para los pacientes tratados fuera de la Unidad. En las series posteriores, por el contrario, la mortalidad fue disminuyendo en forma progresiva hasta alcanzar un 10 % en el cual se mantiene desde hace más de 2 años; para una serie de 400 casos (desde el 1º de enero de 1968 hasta el 30 de junio de 1971) la mortalidad global fue del 13 %. Esta evolución de la curva de mortalidad es similar a la de otros centros de cuidado coronario de nuestro país y del extranjero y un hecho tan significativo debe ser explicado en su diversidad causal. Varias son las circunstancias que justifican tan dramática reducción:

1) La mejor información de médicos generales y de cardiólogos acerca de la necesidad de internar a los pacientes con infarto de miocardio en una Unidad Coronaria lo antes posible, lo cual se traduce en un ingreso cada vez más precoz.

2) El mayor entrenamiento del personal técnico: médicos y enfermeras.

3) El desarrollo de métodos de diagnóstico capaces de detectar más precozmente la aparición de las diferentes complicaciones.

4) El mejor conocimiento fisiopatogénico de la enfermedad que posibilita una aplicación racional de las medidas terapéuticas adecuadas en el momento oportuno.

5) La incorporación de nuevas drogas y métodos de tratamiento.

Pero a pesar del indiscutible progreso logrado, el análisis crítico de los resultados obtenidos demuestra fehacientemente que las cifras de mortalidad se mantienen constantes desde hace algún tiempo. Es decir que después de un espectacular descenso en el segundo período (superado el de comienzo), debido fundamentalmente al tratamiento agresivo y precoz de las arritmias menores con lo cual se han eliminado la fibrilación ventricular primaria y el paro ventricular por bloqueo auriculoventricular completo como causas de muerte, la mortalidad no ha seguido una curva descendente sino que se ha estabilizado. ¿Cuál es la causa de dicho fenómeno? En la búsqueda de la explicación, analizaremos las causas de muerte de los pacientes asistidos en nuestra Unidad Coronaria: el 70 % de los fallecimientos se produjo por edema agudo de pulmón, shock cardiogénico o la combinación de ambos. Las causas restantes fueron la ruptura cardíaca (externa o perforación del tabique interventricular) y la disocia-

ción electromecánica (falla del acoplamiento excitación-contracción). Estas últimas, cuyo tratamiento ofrece muy pocas posibilidades de éxito en la actualidad y probablemente en el futuro, representan en conjunto un 23 % aproximadamente; el 7 % restante incluye algunas muertes por arritmias en los primeros períodos de funcionamiento de la Unidad (4 casos). Resulta evidente por lo tanto, que las diversas formas clínicas de la falla de la bomba ventricular izquierda constituyen la causa principal de muerte durante la fase aguda del infarto de miocardio en los pacientes internados en las unidades coronarias. Sin embargo, a pesar del incremento considerable del conocimiento anatómico y fisiopatológico logrado en los últimos años, magro ha resultado el progreso en el tratamiento efectivo de esta severa complicación del infarto de miocardio. Tal vez ello sea debido a la magnitud de las lesiones coronarias y miocárdicas responsables del desarrollo de tales cuadros.

En un reciente trabajo, Harnarayan y col. (1) cuantifican la extensión de miocardio infartado en 20 pacientes fallecidos por shock cardiogénico. Estudian ambos ventrículos y el tabique interventricular, hallando un compromiso del 43 % (promedio) de la masa ventricular para el total y del 46 % para el ventrículo izquierdo. Analizan también los corazones de 5 pacientes fallecidos por insuficiencia ventricular izquierda irreductible post-infarto (2 a 3 semanas después del episodio agudo) y encuentran un compromiso de magnitud similar: del 32 al 58 % del total.

En nuestra serie de 400 casos, 52 pacientes fallecieron. El estudio anatómico de 40 casos autopsiados demostró lesiones obstructivas severas (90 al 100 % de la luz arterial) en 2 ó 3 de los troncos coronarios principales con infartos extensos en la mayoría de los casos. Por consiguiente parece definitivamente establecido que la magnitud de la falla de bomba se halla en relación directa con el monto de miocardio ventricular comprometido por la obstrucción coronaria. Pero resulta muy difícil determinar con precisión la secuencia obstrucción primaria-necrosis-obstrucción secundaria-extensión de la necrosis. Es posible admitir que en arterias muy dañadas por la arteriosclerosis una pequeña obstrucción pueda producir un daño miocárdico importante, capaz de crear a su vez condiciones adecuadas para la trombosis coronaria secundaria, con la consiguiente extensión del infarto. En consecuencia, los hallazgos necrópsicos pueden no ser un fiel reflejo de los eventos producidos en las etapas iniciales del episodio agudo y es lógico suponer que el apoyo mecánico de la circulación, aplicado inmediatamente después de la detección de una falla severa de bomba, podría prevenir la producción de la anoxia secundaria de nuevas zonas evitándose los grados extremos de daño miocárdico observados post-mortem en estos corazones. Creemos que en tal sentido habrán de orientarse las investigaciones en los próximos años.

Un capítulo aparte debe dedicarse a la cirugía coronaria, cuyo vertiginoso desarrollo en la última década, merced al inestimable aporte de la escuela de la Cleveland Clinic ha modificado muchos conceptos considerados inamovibles. En lo referente a su valor para el tratamiento del episodio coronario agudo, creemos que dos son las indicaciones precisas e indiscutibles: a) El tratamiento del síndrome intermedio o síndrome de infarto inminente, mediante el "by-pass" aorto-coronario con antoinjerto de vena safena con el cual resulta posible a menudo prevenir la producción de la necrosis cardíaca; b) la aneurisectomía cuando en el período post infarto inmediato surgen evidencias incontrovertibles del desarrollo de un aneurisma ventricular que produce una severa insuficiencia de bomba o agrava una insuficiencia preexistente, hasta hacerla incontrolable. La experiencia en nuestro medio todavía es pequeña, pero los resultados obtenidos en centros cardioquirúrgicos del extranjero son indudablemente halagüeños y permiten adoptar al respecto una actitud de cauto optimismo.

Para terminar queremos expresar con énfasis la necesidad imperiosa de analizar cuidadosamente cada caso, realizando un estudio clínico exhaustivo. Debe evitarse por todos los medios la caída en el instrumentalismo; los equipos más o menos sofisticados son de extraordinario valor para indagar en profundidad los

mecanismos fisiopatológicos involucrados en cada caso particular pero el conocimiento, la sagacidad y el juicio crítico del médico constituyen todavía, afortunadamente, herramientas irremplazables en el manejo exitoso de estos pacientes. Debe evitarse por todos los medios la iatrogenia, creada a menudo por exceso de celo o por falta de paciencia frente a un caso cuya evolución no se desarrolla de acuerdo a los esquemas o a la ansiedad del médico tratante. Por ello creemos indispensable la continuidad en la tarea asistencial por parte de uno o más médicos del equipo. No puede manejarse a un conjunto de pacientes graves con médicos que se turnan cada 24 horas. Deben existir aquellos que se hallen en contacto diario con los enfermos, siguiendo cuidadosamente su evolución y detectando los pequeños cambios clínicos que muchas veces pueden entrañar gran significación diagnóstica, pronóstica o terapéutica. Por otra parte resulta también indispensable la unidad de criterio entre los diferentes integrantes del equipo para evitar cambios intempestivos en la terapéutica, capaces de dar origen a problemas para el paciente.

La Sociedad Argentina de Cardiología acaba de constituir un Comité de Unidad Coronaria integrado por los cardiólogos que dirigen las principales unidades actualmente en actividad. Creemos que las funciones de dicho Comité serán de trascendental importancia ya que de una vez por todas es preciso depurar actitudes sectarias y de círculo para abrirse a una sincera y cordial colaboración entre los diferentes grupos que trabajan con ahinco en la misma disciplina. Deben discutirse con amplitud los problemas, unificar las sistemáticas de tratamiento y las técnicas de tabulación, intercambiar experiencias y unificar los criterios acerca de las pautas para la rehabilitación inmediata y alejada de los pacientes coronarios tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

Como conclusión diremos que la Unidad Coronaria constituye uno de los avances más importantes de la Cardiología de la última década pero que su organización y desarrollo deben ser encarados con elevado criterio técnico y científico y con un amplio sentido de integración humana de médicos y enfermeras. Una afección que mata entre 30 y 40 mil personas por año en nuestro país, así lo exige.

DR. RAÚL OLIVERI