



X ENCUENTRO VIRTUAL SALUD 2000 CARDIOLOGIA

Junio 2016

El **infarto agudo de miocardio** se produce por la obstrucción, generalmente trombótica al complicarse y romperse una placa ateromatosa, de una arteria coronaria, ocasionando una ausencia de flujo sanguíneo coronario, y por tanto de nutrientes y de oxígeno, al territorio irrigado por dicha arteria.

La estrategia de tratamiento en el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas. Lo que ha posibilitado reducir significativamente su mortalidad hospitalaria. Así, en los años 60 prácticamente solo se mantenía al paciente en hospitalización falleciendo más del 30% de los mismos. En los años 70 se crearon en los hospitales las unidades coronarias donde se pudo tratar las arritmias graves que estos pacientes presentaban con desfibrilación eléctrica, reduciéndose la mortalidad alrededor del 15%. A finales de la década de los 80 se inició el tratamiento de reperfusión química de la obstrucción trombótica coronaria con los fármacos fibrinolíticos, hecho que redujo la mortalidad global a tasas de alrededor del 12%. Por último, a finales de los 90 se introdujo la reperfusión mecánica de la obstrucción coronaria mediante angioplastia coronaria, lo que ha posibilitado reducir aún más la tasa de mortalidad hospitalaria a cifras de alrededor del 5%.

Sin embargo, y a pesar de la evidencia disponible de la mejor terapia de reperfusión en el IAM, como es la angioplastia primaria, esta no se ha generalizado. De hecho en Europa entre un 8-60% de los pacientes no reciben terapia de reperfusión alguna en la fase aguda del IAM, un 2-56% reciben terapia fibrinolítica y entre un 5-92% son tratados con angioplastia primaria. Esta enorme variabilidad clínica en el tratamiento del IAM debería hacernos reflexionar no solo acerca de cómo se está tratando este proceso, sino también cual es el mejor modelo de organización a aplicar para obtener la máxima equidad y eficiencia.

Hace décadas en Estados Unidos se organizó la asistencia hacia centros especializados, sobre la base de establecer redes asistenciales, para los pacientes poli-traumatizados de accidentes de tráfico. Con lo que se ganó en calidad, eficiencia y equidad. Este mismo planteamiento se está intentando aplicar en los pacientes con un Infarto Agudo de Miocardio, desde principios de la década del 2000. Precisamente para ofrecer la mejor asistencia y lo más precozmente posible a los mismos.

Por ello es crucial el tener que cambiar el tipo de organización actualmente existente hacia modelos de redes asistenciales, con hospitales dotados de la tecnología y de profesionales



experimentados disponibles las 24h los 365 días del año, que actúen como nodos de esa red para ofrecer el mejor y más eficiente tratamiento de reperfusión coronaria y lo antes posible.

Estas redes asistenciales tienen un Objetivo Primario: disminuir la mortalidad y morbilidad, mejorando la expectativa de calidad de vida del paciente con infarto agudo de miocardio. Y a la vez promover la equidad en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario, para disminuir la variabilidad en el uso de recursos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

La organización asistencial en red posibilita generalizar el mejor tratamiento (es decir la angioplastia coronaria), efectuado por los profesionales mejor formados y en los hospitales con las dotaciones tecnológicas y medios más adecuados, a toda de la población posible de una Comunidad Autónoma en España.

Para ello, es imprescindible, lo siguiente:

- 1) La actuación de los diferentes agentes implicados en el circuito asistencial, actuando cada uno de ellos en un papel diferente para garantizar el acceso a este tratamiento en condiciones de equidad y eficiencia (cardiólogos, profesionales de los servicios de transporte urgente -061/112- Administración, etc)
- 2) Un análisis de las isócronas de transporte por carretera del 061, para que un paciente con IAM pueda ser transportado a un Hospital donde pueda ser tratado en el menor tiempo posible desde el inicio de sus síntomas.
- 3) Un protocolo de actuación común, que reduzca la variabilidad de las actuaciones clínicas y le ofrezca al paciente la mejor terapéutica las 24 horas del día , los 365 días del año,

Dr. Andrés Íñiguez

El Dr. Íñiguez es el **Presidente de la Sociedad Española de Cardiología y Director del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, donde desarrolla su labor asistencial desde 2004.**



Se licenció en Medicina y Cirugía en 1980 por la Universidad Complutense de Madrid, Especialista en Cardiología desde 1986 y Doctor en Medicina desde 1987. Inició su experiencia en cardiología Intervencionista en el Hospital Clínico Universitario de Madrid en 1985, donde trabajó hasta 1992. A continuación pasó a dirigir la Unidad de Cardiología Intervencionista del Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid entre 1993 y 2004.

Desempeñó la plaza de Profesor Asociado de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid entre 1989 – 1992. Y la de Profesor Asociado en Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid entre 1996-2004.

Es Diplomado en Gestión de Servicios Clínicos y Master en Alta Dirección Sanitaria.

Las principales áreas de interés en Investigación han sido la de Cardiología Intervencionista, Cardiopatía Isquémica y Análisis de Costes y Coste/Efectividad. Tiene más de 390 contribuciones científicas entre artículos, comunicaciones a congresos nacionales e internacionales y edición de libros y capítulos en libros.

Es miembro numerario de la Sociedad Española de Cardiología, de la Sociedad Europea de Cardiología, de la Sociedad Latino Americana de Cardiología Intervencionista, de la Sociedad Colombiana de cardiología, Fellow de la Sociedad Europea de Cardiología, Fellow del American College of Cardiology.

Ha sido Secretario General de la Sociedad Española de Cardiología desde 1997 a 1999, Editor Asociado y Miembro del Comité Editorial de la Revista Española de Cardiología. Coordinador Nacional de Registros y Bases de Datos de la Sociedad Española de Cardiología entre 1999-2000.

1.- ¿Cuáles son los síntomas del infarto de miocardio y cuáles son los factores de riesgo?

Fundamentalmente se manifiesta por un dolor opresivo continuo en el centro del pecho, a veces en “la boca del estómago”, suele irradiarse a brazo izquierdo, aunque también a veces se irradia a brazo derecho, a ambos brazos, a la mandíbula o a la espalda. Suele acompañarse de sensación de gravedad y de sudoración fría, y a veces vómitos.



Como factores de riesgo predisponentes están los siguientes: Fumar, tener hipertensión arterial, tener diabetes, tener hipercolesterolemia, tener obesidad, y tener antecedentes familiares.

2.- ¿De qué forma se diagnostica el infarto de miocardio?

Por la presencia de los síntomas anteriormente mencionados y la demostración en el Electrocardiograma (ECG) de alteraciones típicas, consistentes fundamentalmente en lo que se llama “ascenso del segmento ST” en una serie de derivaciones del ECG, indicando la localización del mismo.

3.- ¿Cómo puedo identificar un infarto de miocardio y cómo puedo prevenirlo?

- Por la presencia de dolor típico (como el descrito anteriormente) que dura más de 15-20 minutos, y por la confirmación mediante la realización de un ECG.
- La mejor forma de prevenir un infarto es tener una vida cardiosaludable, realizando ejercicio físico regularmente (caminar al menos 45 minutos a buen paso al menos 3 días a la semana, no fumar, tener una dieta saludable, evitando grasas, y con las calorías adecuadas para no tener sobrepeso ni obesidad, y tener controlados (si se tienen) los factores de riesgo como hipercolesterolemia, diabetes o hipertensión arterial.

4.- Buenos días, acostumbro salir a correr 2 o 3 días a la semana. He leído noticias sobre corredores que padecen muerte súbita mientras corren. ¿Qué riesgos existen de sufrir un infarto en la práctica de este deporte?

Generalmente la muerte súbita no siempre está relacionada con patología isquémica del corazón, a veces sucede por tener otro tipo de cardiopatía, sobre todo miocardiopatías o valvulopatías.

Es muy recomendable hacer una evaluación previa del riesgo antes de iniciar un programa de ejercicio físico, especialmente si esto se inicia a partir de los 50 años en varones.

5.- Por motivos de trabajo, sufro mucho estrés, ¿podría sufrir un infarto a causa de ello?

El estrés es un factor que puede desencadenar efectivamente un infarto por asociarse a rotura de placas ateromatosas coronarias. Evidentemente es muy aconsejable evitar situaciones de estrés, máxime si uno tiene factores de riesgo coronarios no controlados, y por tanto está en una situación de riesgo elevado de eventos cardiovasculares.



6.- ¿Existe algún tipo de alimentación adecuada para las personas que han sufrido un infarto de miocardio?

Si, la que todos debiéramos realizar. Una dieta sin exceso de calorías para evitar sobrepeso, pobre en grasas, y rica en legumbres, verduras y frutas.

7.- Durante mi infancia he sufrido diversas taquicardias y he tenido un par de pequeñas intervenciones. Actualmente no he sufrido más. Próximamente cumpliré 40 años, y me gustaría saber si tengo predisposición a sufrir un infarto de miocardio antes que cualquier persona que no las haya sufrido.

Las taquicardias, son un síntoma de algún tipo de arritmias cardíaca. Estas pueden no tener importancia alguna, como es el caso de los extrasístoles, o ser muy graves, como la taquicardia ventricular. En la infancia, salvo que se demuestre patología específica, suelen ser de tipo adrenérgico, y no suelen tener gravedad ni asociarse a patología isquémica del corazón.

En la edad adulta hay que excluir siempre que exista una patología estructural o isquémica cardíaca, mediante las pruebas oportunas realizadas por el cardiólogo.

8.- Hola buenos días, padezco desde hace años de hipertensión arterial. ¿Puedo sufrir un infarto?

No necesariamente tiene que tenerlo, pero si es verdad que la hipertensión arterial (HTA) no controlada es un factor predisponente a un mayor riesgo de tener un infarto. Por ello toda persona diagnosticada de hipertensión arterial, debe corregir su régimen de vida y alimentación, y si a pesar de ello sigue con cifras de tensión arterial por encima de las recomendadas como normales (en general, más de 140mm Hg de tensión arterial máxima o sistólica, o más de 85 mmHg de mínima o diastólica. Incluso es recomendable tener menos de 120 mmHg de máxima y 80 de mínima en pacientes diagnosticados y tratados por HTA) debe tomar los fármacos necesarios para lograr esas cifras óptimas de tensión arterial.

9.- ¿Hay alguna diferencia entre el infarto femenino y masculino?

No las hay en cuanto a causas y a consecuencias. Si las hay en cuanto a síntomas, o mejor dicho a interpretación de los síntomas, pues en la mujer se suele infraestimar la gravedad de estos síntomas, y por ello se diagnostican más tarde y reciben asistencia más tarde, lo que empeora su pronóstico. De ahí que se deba insistir en la adecuada valoración y diagnóstico precoz, especialmente en mujeres.



10.- Buenas tardes, como facultativa de análisis clínicos me gustaría saber su opinión acerca del papel del laboratorio en el diagnóstico y monitorización de los pacientes con un infarto de miocardio y que esperan los servicios clínicos del laboratorio.

En el diagnóstico del IAM los análisis clínicos aportan datos de confirmación tardíos (a las horas de haberse producido el IAM), por lo que nunca se deben usar para el diagnóstico precoz. Solo para su confirmación tardía y para valoración pronóstica en función de la mayor o menor elevación de los que se llaman “marcadores de daño miocárdico”. Que son fundamentalmente dos enzimas que se liberan a la sangre, tras producirse la muerte de celular miocárdicas debido a la falta de riego que se produce en el infarto, y que son fundamentalmente la CPK-mb y la Troponina.

Conclusión....

- Lleven una vida cardio-saludable (dieta adecuada y ejercicio físico regular.
- Controlen sus factores de riesgo.
- Interpreten adecuadamente sus síntomas.
- Sepan qué hacer ante la presencia de síntomas sugerentes de infarto.
- Acudan lo antes posible a un punto del sistema sanitario donde la puedan realizar un electrocardiograma para confirmar si se trata o no de un infarto.
- Si se confirma, debe tratarse lo antes posible con terapia de reperfusión coronaria mediante angioplastia coronaria o mediante fármacos fibrinolíticos.
- Tras el infarto habrá que iniciar un programa completo de rehabilitación y prevención secundaria.