



El 30% de los pacientes que sufren un infarto fuera del hospital fallecen

■ Si el corazón no bombea, hay 3 o 4 minutos antes de que el cerebro sufra daños

DDN. PAMPLONA

Un 30% de los pacientes que sufren un infarto fuera del hospital fallecen, según José Ramón Carmona, jefe de la sección de Unidad Coronaria y Arritmias del Hospital de Navarra. Y es

Roberto Ezpeleta, de Barañáin, falleció durante el XIX Cross de Reyes de Larraga después de desplomarse en plena carrera. Según José Ramón Carmona «los episodios de muerte súbita no son un fenómeno excesivamente extraño».

Prueba de ello es que casi un tercio de las personas que sufren un infarto fuera del hospital fallecen antes de llegar al centro sanitario mientras que en las unidades coronarias el porcentaje de mortalidad cae hasta el 3 o 4%, apuntó el especialista. En más de la mitad de los casos, la arritmia, una complicación del infarto que consiste en la alteración del ritmo cardíaco, está detrás de la muerte súbita. «Es muy propia de los primeros minutos tras el infarto y uno de los mayores problemas de la mortalidad por esta causa», dijo Carmona.

De ahí que muchos esfuerzos están encaminados a corregir la arritmia lo antes posible. «En el electrocardiograma se registra una anarquía absoluta del ritmo cardíaco», explicó. Como consecuencia, aunque el corazón se mueva no bombea la sangre adecuadamente y órganos como el cerebro, muy sensible a la ausencia de oxígeno, sufren las consecuencias con rapidez. En tres o cuatro minutos los daños pueden ser irreversibles, añadió.

Según la Sociedad Española de Cardiología, cada minuto que pasa desde que se presentan los síntomas se reducen un 10% las posibilidades de recuperar al paciente. A juicio de Carmona, no se trata tanto de contar un minu-

to arriba o abajo sino de emplear toda la batería de técnicas disponibles para frenar la arritmia lo antes posible. Básicamente son tres: reanimación cardiopulmonar (masaje cardíaco y respiración boca a boca), empleo del desfibrilador (descarga eléctrica que detiene el corazón para que en el latido siguiente el movimiento sea coordinado

que una de las complicaciones habituales y serias del infarto es la arritmia (pérdida del ritmo cardíaco) y ésta puede provocar la muerte súbita. Al parecer, un cuadro de este tipo podría haber causado la muerte de un atleta el domingo en Larraga. Cuando el corazón no bombea sangre adecuadamente, como ocurre con la arritmia, el cerebro tarda entre 3 y 4 minutos en sufrir daños irreparables. El desfibrilador es una de las medidas más eficaces para cortar las arritmias pero su eficacia disminuye conforme pasan los minutos.

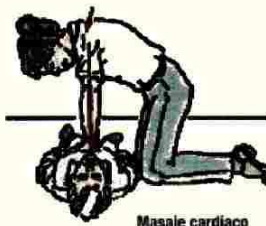
Actuación frente a un infarto

1 Técnicas de reanimación cardiopulmonar

Son el masaje cardíaco y la respiración boca a boca. El masaje cardíaco, presión en el centro del tórax, intenta suplir la labor del corazón desde el exterior ya que permite que haya un cierto riego y se bombee sangre. Pero también es necesaria la respiración. Esta permite que se renueve el aire de los pulmones.



Boca a boca



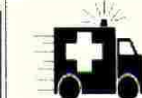
Masaje cardíaco

2 Uso del desfibrilador

Una de las complicaciones más serias del infarto es la arritmia, o pérdida del ritmo cardíaco, ya que puede provocar la muerte súbita. Así, aunque el corazón se mueva no bombea adecuadamente y en 3 o 4 minutos el cerebro puede sufrir daños irreversibles. El desfibrilador emite una descarga eléctrica que detiene el corazón para que en el latido siguiente el movimiento sea coordinado



3 Revascularización



En el hospital se emplean técnicas para abrir la arteria obstruida tras el infarto. Se utilizan fármacos fibrinolíticos, que disuelven el coágulo, y una técnica llamada angioplastia primaria, que consiste en inflar un pequeño balón que se introduce en la arteria obstruida

DDN

bombear correctamente) y traslado urgente a un hospital. «Son corazones demasiado buenos para morir», afirmó Carmona para explicar que si no fuese por la arritmia muchos de esos pacientes que sufren un infarto fuera del hospital podrían recuperarse. Según el especialista, cuando una persona refiere do-

lor intenso en el pecho y se desploma es probable que se trate de un infarto que produce una arritmia. «Lo mejor es buscar atención especializada lo antes posible. Llamar al 112», aconsejó. La reanimación cardiopulmonar sin la adecuada formación tiene una eficacia muy limitada, añadió.

El traslado de la persona que sufre un infarto a un centro hospitalario debe ser lo más precoz posible. De entrada, explicó José Ramón Carmona, es importante tener al enfermo monitorizado para darle un choque con el desfibrilador si es preciso. Pero, además, en el hospital se puede llevar a cabo la revascularización.

ALGUNAS CLAVES

Infarto y angina de pecho. Son problemas que se deben a una enfermedad coronaria. Se producen porque el corazón no recibe riego, principalmente por un trombo (coágulo de sangre). Si el daño en el músculo es irreversible se trata de un infarto, si es reversible es una angina de pecho.

Arritmia. Es una de las complicaciones más serias del infarto y puede provocar la muerte súbita. En más de la mitad de los casos las arritmias se deben a la cardiopatía isquémica (infarto o angina) aunque en otros casos tienen entidad por sí mismas debido, por ejemplo, a problemas eléctricos en el corazón. El corazón se contrae para bombear sangre y para llevar a cabo esa función existe una transmisión de estímulos eléctricos que organizan la contracción. Cuando se produce un infarto el músculo cardíaco, que no es normal, puede presentar problemas de desorganización eléctrica. Son las arritmias.

Síncope o infarto. Los síncopecos, o desvanecimientos son habituales y normalmente se diferencian con claridad. Así, se suelen producir en ambientes cargados, donde hace calor y hay aglomeraciones. El paciente suele notar que se pone «malo» y está sudoroso. Por contra, en el caso del infarto el dolor en el pecho es muy característico: intenso, en el centro del pecho y se acompaña de malestar. Si, además, el paciente se desploma es probable que sufra una arritmia. Según Carmona, los infartos en menores de 40 años no fumadores son excepcionales. No obstante, crecen las posibilidades de infarto conforme el paciente tiene más factores hipertensión, colesterol alto, obesidad, etc.

Desfibriladores. El desfibrilador es un aparato muy eficaz para recuperar a pacientes que sufren infartos fuera del ámbito hospitalario. En 2002, Salud aprobó una normativa para permitir que personal no médico, pero formado, pudiese manejar estos aparatos con objeto de incorporarlos a centros comerciales, polideportivos, etc. No obstante, según Carmona, es importante potenciar la formación en técnicas de reanimación y uso del desfibrilador entre la población y también vigilar su correcto mantenimiento.

LA REANIMACION CARDIOPULMONAR

Ante una persona que refiere un dolor en el pecho y se desploma hay que buscar inmediatamente atención especializada, dijo José Ramón Carmona. Si el acompañante no tiene conocimientos sanitarios puede colocar al paciente tumbado en el suelo. Las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) son las primeras que se emplean y consisten en el masaje cardíaco y en la respiración boca a boca. Su objetivo es conseguir prolongar los 3 o 4 minutos que tarda el cerebro en sufrir daños cuando no recibe correctamente el aporte de sangre y oxígeno. «Se puede conseguir que sean cinco o diez». Por eso, cada vez hay más colectivos que reciben formación sobre estas técnicas, como bomberos, policías y particulares. No obstante, también influye, además de la rapidez en la atención, la pericia de la persona que realiza la reanimación y las características físicas del paciente. Así, la presión que se realiza con la manos en el tórax puede ser más efectiva en el tórax flexible de una persona joven.

El masaje cardíaco, presión en el centro del tórax, intenta suplir la labor del corazón desde el exterior ya que permite que haya un cierto riego y se bombee sangre. Pero también es necesaria la respiración. Esta permite que se renueve el aire de los pulmones. En caso contrario, la sangre que pasa por los pulmones saldría sin oxigenarse. Habría riego pero sin nuevo oxígeno.



EL USO DEL DESFIBRILADOR

Gran parte de los casos de muerte tras un infarto se deben a la arritmia. Sin embargo, también puede producirse un infarto masivo. En este caso, el desfibrilador no suele conseguir remantar al paciente. Otro aspecto a tener en cuenta es que el riesgo de arritmia es casi parecido en un infarto pequeño que en uno grande. De ahí que la tendencia sea adelantar lo antes posible la atención.

La mayoría de los desfibriladores que se utilizan fuera de los centros sanitarios reconocen la arritmia e indican cuándo se debe dar la descarga. «El choque pone a cero la activación de las fibras del corazón, que se movían con anarquía, y el latido siguiente es normal, se recupera el ritmo», explicó Carmona. Según el especialista, en los primeros tres o cuatro minutos «es muy efectivo. Pero si pasa más tiempo, además de deteriorarse el cerebro se deteriora el corazón y es posible que solo con el desfibrilador no sea suficiente», apuntó.

Los desfibriladores se emplean en los hospitales desde hace décadas y son los médicos quienes deciden el momento en que se da el choque. Por contra, los desfibriladores que se emplean fuera del hospital suelen ser semiautomáticos. Además existen los desfibriladores automáticos implantables (DAI) que se colocan en los pacientes con alto riesgo de muerte súbita. Actualmente hay 100 pacientes en Navarra con este aparato.



LA REVASCULARIZACION EN EL HOSPITAL

El traslado de la persona que sufre un infarto a un centro hospitalario debe ser lo más precoz posible. De entrada, explicó José Ramón Carmona, es importante tener al enfermo monitorizado para darle un choque con el desfibrilador si es preciso. Pero, además, en el hospital se puede llevar a cabo la revascularización.

Básicamente se trata de abrir el vaso que se ha ocluido en el corazón lo antes posible. Para ello se emplean fármacos denominados fibrinolíticos, que disuelven los coágulos, o se utiliza una técnica llamada angioplastia primaria. Esta consiste en introducir un catéter (un tubo muy fino) hasta la arteria del corazón afectada. Con el mismo catéter se infla un balón en la zona obstruida. Los procedimientos de revascularización se deben emplear en las seis horas posteriores para que sean más eficaces. Durante las primeras 12 o 24 horas también es eficaz pero conforme transcurre más tiempo es menos eficaz.

La mayor preocupación de los especialistas es que se actúe lo antes posible en el momento del percate para que el paciente pueda llegar al hospital y, a continuación, iniciar la revascularización, también lo antes posible, para minimizar todo lo que se pueda los daños que puede sufrir el corazón. «Se trata de sacar al enfermo adelante pero también en unas buenas condiciones de vida».

