

Noticias de Cardiología para el practicante

Por el Dr. E. García Carrillo*

1—La Historia Clínica

Esta puede dividirse en dos partes: los antecedentes patológicos que tengan alguna conexión con el padecimiento actual, y los síntomas clínicos que aquejan al paciente. En cardiología ocurre con mucha frecuencia que el sujeto, virgen de antecedentes patológicos, entra de lleno en la enfermedad cardíaca. La sintomatología es casi siempre pobre, salvo en casos dramáticos de infarto del miocardio. Puede resumirse en tres quejas fundamentales: la disnea, las palpitaciones y las algias torácicas. Sin embargo presentan infinitos matices, lo cual da siempre interés al interrogatorio. De estos tres síntomas diremos que la disnea es probablemente el más sugestivo de padecimiento cardíaco. Hay enfermos que tienen una sensibilidad exquisita para sentir la angustiosa falta de aire. Las palpitaciones, al revés, constituyen un síntoma verdaderamente banal. En cuanto a las algias torácicas, es el síntoma más difícil de interpretar. Un diagnóstico de angina de pecho basado únicamente en el interrogatorio, tiene iguales probabilidades de verse confirmado o negado por otras pruebas.

2—La Auscultación

Si ya el interrogatorio ha orientado hacia la probabilidad de una cardiopatía, o si al contrario parece alejarla, al auscultar hay que olvidarlo todo, lo que dijo el enfermo tanto como nuestras inquietudes del momento. Las fallas de la auscultación vienen de forzarla o mal interpretarla en relación con el proceso patológico general. Su resultado debe ser simple pero exacto, sin olvidar que oír nada anormal no indica que el corazón esté siempre sano.

3—La Radiología

Los adelantos de la ciencia roentgenológica ofrecen al clínico múltiples posibilidades de completar por este medio su es-

(*) Jefe del servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios.

tudio del paciente. Ya sea por la tomografía o por las inyecciones intravasculares de contraste o por el estudio de los movimientos de la silueta cardíaca o por la simple fluoroscopia en diversas posiciones, es posible prácticamente llegar a lograr todo lo que un examen adicional de esta clase da derecho a esperar. Sin embargo la radiología común, que describe simples siluetas, tiene un coeficiente no despreciable de error en el reconocimiento de la integración del corazón, precisamente porque se ven apenas márgenes de lo que es un órgano complejo.

4—La Electrocardiografía

Claramente los electrocardiogramas se agrupan en cierto número de configuraciones más o menos típicas de hipertrofia y dilatación separada o conjunta de las cámaras cardíacas en diversas combinaciones (15, 31), de infartos del miocardio (29), de pericarditis, etc. Además revelan el mecanismo de cualquier arritmia cardíaca (4, 10, 12). Mucho se ha repetido que ningún examen cardio-vascular puede considerarse completo sin un electrocardiograma. Cabe agregar: siempre que se cuente con un número de derivaciones precordiales que permitan el estudio comprensivo de la proyección frontal del corazón. Esto se realiza mejor con el sistema unipolar precordial (SUP). (27, 29, 31).

5—El Diagnóstico Etiológico

Reuniendo los datos clínicos con los radio-electrocardiográficos, se debe colocar al enfermo en su marco nosológico (18, 19). Este es un proceso de disciplina mental no siempre fácil, y por eso mismo dejado de lado muchas veces o escamoteado bajo un rótulo simplista.

"Las cardiopatías sifilíticas se previenen con el tratamiento adecuado y prolongado de la sífilis; las cardiopatías arterioscleróticas son el resultado del envejecimiento; las cardiopatías reumáticas son adquiridas y de tipo infeccioso; las cardiopatías congénitas son de causa desconocida" (23). Debe tenerse en cuenta la frecuencia con que entran en juego varias etiologías.

Las cardiopatías sifilíticas son la aortitis y coronaritis luéticas, el aneurisma aórtico y la insuficiencia aórtica luética (21).

Las cardiopatías arterioscleróticas son la aortitis y coronaritis arteriosclerosas y el infarto del miocardio (1, 11, 22).

Las cardiopatías reumáticas son la miocarditis y la endocarditis valvular, sobre todo mitral y aórtica, que comprende tanto la estenosis como la insuficiencia valvulares (8).

Las cardiopatías congénitas producen vicios complejos de

la mecánica cardiovascular y son infinitamente más difíciles de diagnosticar con precisión que las otras (5, 28).

Existen muchas variedades de miocarditis y de pericarditis cuya etiología sólo se aclara con un examen histo-patológico (17). Repercuten sobre el corazón: las deformaciones del tórax, las afecciones pulmonares (2), la anemia (32), ciertas enfermedades endócrinas (13), parasitarias, etc. (18, 25). En fin, hay dos enfermedades que se comprenden mejor como trastornos funcionales de la circulación: la angina de pecho y la hipertensión arterial. Así como entre las anginas de pecho, las hay con coronarias dañadas (3) y en otros casos no, entre las hipertensiones, hay vasculonefropatías y tumores de secreción vaso-constrictiva y otras veces no. Casi todas las arritmias son también trastornos funcionales.

6—La Terapéutica Médica

El tratamiento médico podemos resumirlo en: (I) El tratamiento de la insuficiencia cardíaca; (II) El de la insuficiencia coronaria aguda; (III) El de excitaciones cardio-vasculares diversas; y (IV) El etiológico.

(I) Paradójicamente, en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca el estado de los riñones es más importante que el del mismo corazón. Esto se comprende porque los síntomas de insuficiencia congestiva son los de plétora acuosa destinada a eliminarse por los riñones. Los diuréticos mercuriales, cuando el riñón está sano, pueden conducir muy rápidamente a la desaparición de los síntomas de insuficiencia cardíaca sin la ayuda de la digital. (14). La Digitalina y la Ouabaina (Arnaud-Nativelle) son medicinas preciosas, considerando que es suficiente un miligramo por os, un poco más o un poco menos según los casos, o tres cuartos de miligramo de Ouabaina endovenosa, como única dosis de ataque en el tratamiento inicial de la insuficiencia cardíaca. Desgraciadamente la Digitalina es a veces mal tolerada o intoxica pronto. Por eso se administra mejor por curas breves, salvo en la fibrilación auricular que requiere una pequeña dosis de sostén para mantener baja la frecuencia ventricular (12). También la terapéutica de sostén con Escilarina (Sandoz) es útil en enfermos con uremia.

(II) La trinitrina sublingual es la medicina de la angina de pecho. Pero en el infarto del miocardio la morfina y el oxígeno la reemplazan ventajosamente. La morfina actúa bien endovenosa, teniéndose cautela en caso de hipotensión arterial, y el oxígeno se administra mejor con mascarilla, a alta concentración, por períodos cortos.

(III) La combinación de Acetilcolina-Prostigmina (Roche)

endovenosa, tiene efecto seguro en la taquicardia paroxística supraventricular. La novocaína o sucedáneos, es la medicina del edema agudo del pulmón y de arritmias ventriculares. Ciertas sales de quinina, como el bromhidrato básico y el valerianato, y su isómero dextrógiro, la quinidina (sulfato), son útiles como sedantes en los cardíacos.

(IV) Hay algunos medicamentos de utilidad indiscutible en el tratamiento etiológico de las cardiopatías: los antibióticos, en la endocarditis infecciosa secundaria (24); los antibióticos, los yoduros, el mercurio, en la sífilis cardiovascular; los antibióticos, los sueros, en las miocarditis infecciosas; el piramidón, el salicilato de sodio en dosis proporcionadas a la edad y por la vía apropiada al caso, en la carditis reumática activa; y los anti-trombóticos en las enfermedades trombosantes del corazón (30).

Hay otras medicinas (9) y otras indicaciones, pero los enfermos la pasarían mejor si sus médicos las olvidaran. En fin, es bien poco lo que se puede ofrecer, y variable con el caso clínico, en la arteriosclerosis, la hipertensión arterial y el corazón pulmonar crónico.

7—La Higiene del Cardíaco

Acostumbramos dar los siguientes consejos (23):

"Si usted tuvo fiebre reumática o corea (baile de San Vito) para prevenir recaídas evite los resfríos, huyendo de las aglomeraciones (cines, etc.), acostándose temprano y protegiéndose de la humedad".

"Los enfermos del corazón deben alimentarse bien, a veces 5 pequeñas comidas al día son preferibles a 3 grandes; deben evitarse las bebidas excitantes o abundantes. Deben abstenerse de fumar". (El régimen pobre en sodio es penoso, pero útil por períodos cortos).

"Los enfermos del corazón deben acostarse temprano, levantarse tarde y reposar después de las comidas". (Salvo que se trate de un inválido con ansarca o en la etapa de consolidación de una cicatriz de infarto o de procesos infecciosos agudos, este reposo relativo es suficiente).

"Los enfermos del corazón se benefician, en ciertos casos, con un clima tibio y seco, pero tal cambio no implica abandono de las medicinas" (16).

"Los enfermos del corazón se benefician con un trabajo sedentario, pero deben evitar a pesar de esto, la obesidad" (6).

"La marcha moderada en terreno plano es el único ejercicio conveniente para los cardíacos".

"Las enfermas del corazón deben evitar tener hijos".

"El que mejor se defiende de la cardiopatía, lleva una vida serena y equilibrada, evita las preocupaciones y las perturbaciones emocionales".

8—La Terapéutica Quirúrgica

Algunas veces las medidas anteriormente citadas son inoperantes y debe recurrirse a una intervención operatoria para aliviar el corazón antes de que pase la hora. Por ejemplo en el hipertiroidismo, en la pericarditis aguda con derrame, en la pericarditis crónica constrictiva (20), en el aneurismo arterio-venoso incluyendo la persistencia del canal arterial, en las heridas del corazón.

Otras veces la cirugía es plástica (valvuloplastias, cierre de defectos septales, substitución de segmentos de aorta) o tiende a crear vías de circulación nuevas (arterio-pulmonares, arterio-coronarias) o a mejorar la circulación existente (vaso dilatación por sección o novocainización de ganglios y plexos simpáticos).

Se conciben esperanzas fundadas en el desarrollo de tales técnicas, pero son todavía pocos en el mundo con indiscutible autoridad en esta clase de operaciones.

9—El Pronóstico

Algunas cardiopatías tienen verdadera cura, a veces inesperada. Pero de modo general, conociéndose el mal pronóstico habitual, el deber del médico es mitigarlo, si es capaz, y disimularlo siempre, reservando su opinión para aquellos que pueden oírlo (7). La electrocardiografía tiene cierto valor pronóstico y a este respecto el español Manuel Vela ha escrito un tratado muy recomendable.

10—Conclusión

Con un criterio basado en nuestra experiencia, presentamos una serie de consideraciones breves sobre la cardiología, tal como encaramos hoy los problemas prácticos de esta especialidad, reconociendo que entre el pasado (26) y el futuro, hoy es apenas un instante fugaz. VITA IN MOTU.

BIBLIOGRAFIA

Estudios, notas y comentarios personales en la literatura costarricense de los últimos 12 años:

- (1) 1938, El diagnóstico de infarto del miocardio. Rev. Med. C. R. 3, 248.
 - (2) 1939, Cardiopatía o tuberculosis pulmonar? La arteritis pulmonar. Ibid. p. 489.
 - (3) 1939, El electrocardiograma en la angina pectoris. Ibid. p. 665.
 - (4) 1940, Importancia de los trastornos del ritmo cardíaco de origen auricular. Ibid. 4, 125.
 - (5) 1940, Observaciones sobre cardiopatías infantiles. Ibid. p. 283.
 - (6) 1940, Las enfermedades del corazón como un problema de salud pública. Reorganización Nacional. Noviembre.
 - (7) 1941, Consideraciones de pronóstico en la hipertensión arterial. Rev. Méd. C. R. 4, 379.
 - (8) 1941, Datos epidemiológicos sobre el bocio y la fiebre reumática en Costa Rica. Ibid. p. 558.
 - (9) 1941, Nota terapéutica sobre la aminofilina. Ibid. 5, 3.
 - (10) 1942, Importancia clínica de los trastornos de conducción del impulso cardíaco. Ibid. p. 90.
 - (11) 1942, Un caso de infarto del miocardio. Ibid. p. 139.
 - (12) 1943, El uso de la digital y el del irium. Cordis. Ibid. p. 385.
 - (13) 1943, Cirrosis hepática pigmentaria con alteraciones cardíacas. Ibid. p. 411.
 - (14) 1943, Revisión de la intolerancia al mercurio con mención especial de los diuréticos mercuriales. Ibid. p. 425.
 - (15) 1943, Contribución de la radiología y de la electrocardiografía al conocimiento del ensanchamiento de las cavidades cardíacas. Ibid. 6, 17.
 - (16) 1943, Influencia del clima tropical de Costa Rica en las cardiopatías. Repertorio Americano 40, 214.
 - (17) 1945, Dos casos de cardiopatías de origen dudoso. con autopsias. Rev. Méd. C. R. 6, 448.
 - (18) 1945, Las causas raras de enfermedades del corazón en Costa Rica. Ibid. p. 463.
 - (19) 1945, Nuestro morbo cardíaco. Ibid. p. 491.
 - (20) 1945, Pericarditis crónica constrictiva. Relato de un caso operado con éxito. Ibid. p. 551. (En colaboración).
 - (20) 1947, La sífilis cardio-aórtica en Costa Rica. Ibid. 7, 80.
-

- (22) 1947, La rareza del infarto del miocardio en el medio hospitalario. *Ibid.* p. 241.
 - (23) 1947, Consejos. Recetario del Hospital San Juan de Dios.
 - (24) 1948, La rareza de la endocarditis infecciosa en el medio hospitalario. *Rev. Méd. C. R.* 8, 116.
 - (25) 1948, El corazón en relación con algunas enfermedades tropicales. *Ibid.* p. 193.
 - (26) 1949, Apuntes históricos de cardiología nacional. *Ibid.* p. 415.
 - (27) 1950, Las derivaciones electrocardiográficas. *Ibid.* 9, 105.
 - (28) 1950, Actualidades: Diagnóstico preoperatorio del canal arterial. *Ibid.* p. 140.
 - (29) 1950, El sistema unipolar precordial en los infartos del miocardio. *Ibid.* p. 153.
 - (30) 1950, Actualidades: Trombosis en el corazón y anti-trombóticos. *Ibid.* p. 197.
 - (31) 1950, Síntesis del sistema unipolar precordial. *Ibid.* p. 201.
 - (32) 1950, Curiosas cardiopatías anémicas. Centro de Estudios Médicos "Ricardo Moreno Cañas". Octubre 26. (En colaboración).
-