

Planteamiento del problema.

La CI es una de las causas de muerte más frecuentes en los países desarrollados. Aunque la mortalidad debida a CI ha disminuido en las últimas 4 décadas, la CI todavía es responsable de más de una tercera parte de las muertes en sujetos mayores de 35 años. Se ha estimado que en Estados Unidos uno de cada dos varones en edad media y una de cada tres mujeres desarrollarán en algún momento de su vida alguna manifestación de la CI, mientras que en Europa uno de cada seis varones y una de cada siete mujeres morirán por IAM.

Por su parte, el renasica da a conocer un poco mas de las características clinicas de los pacientes mexicanos.la poblacion mexicana con sindrome coronario agudo corresponde al 43% y pacientes diabeticos y el 50% de pacientes hipertensos, ademas de que la tercera parte son de sexo femenino,grupo que debe considerarse de alto riesgo, ya que su mortalidad es mayor. cuando comparamos nuestros resultados con otros registros,en el ambito mundial vemos que con mayor frecuencia existe el antecedente de diabetes y que tenemos la misma frecuencia de has, que los paises de altos ingresos.

Las causas más importantes de cardiopatía y AVC son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo comportamentales pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia y sobrepeso u obesidad. Estos "factores de riesgo intermediarios", que pueden medirse en los centros de atención primaria, son indicativos de un aumento del riesgo de sufrir

ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

El infarto de miocardio se conoce como la muerte de las células de una zona más o menos extensa del músculo que forma las paredes del corazón (miocardio) producida por la falta de irrigación de dicha zona. El descontrol alimenticio, el tabaquismo, el estrés, el sedentarismo físico y las anomalías cardiovasculares congénitas, como es el caso de la hipertensión, entre otros; son reconocidos como factores de riesgo para la producción de infarto del miocardio, arritmias, y muerte súbita en la población de jóvenes adultos en edades comprendidas entre 25 a 40 años. Actualmente la tasa de mortalidad ha aumentado respecto a los jóvenes que fallecen por esta causa.

Es por ello que esta trabajo se centra en hacer llegar a la población valenciana a través de medios informativos impresos estos riesgos para que de una manera se den a conocer y así crear conciencia en la población joven, para que mantengan un cuidado saludable, una dieta balanceada, actividad física y evitar el uso del cigarrillo. De esta manera se crea la prevención y podría disminuir la cantidad de casos ocurridos por este tipo patologías.

Según la OMS la mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población. Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda. En base a lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación **¿Conocer la**

incidencia de infarto agudo al miocardio en los pacientes que asistieron en el Hospital General María Ignacia Gandulfo?

Pregunta de investigación.

¿Conocer la incidencia de infarto agudo al miocardio en los pacientes que asistieron en el Hospital General María Ignacia Gandulfo, en un periodo de Marzo –Abril 2018?

Objetivos.

GENERAL:

Determinar la incidencia del infarto agudo al miocardio en los pacientes que ingresen al Hospital General Maria Ignacia Gandulfo, durante el periodo comprendido de Marzo-Abril 2018.

ESPECIFICOS:

- conocer los factores de riesgo en los pacientes del hospital.
- identificar que tipo de infarto fue el mas predominante en ese periodo.
- identificar la frecuencia del infarto agudo al miocardio, de acuerdo al sexo y edad.
- Conocer la frecuencia de los factores de riesgo para el infarto agudo al miocardio, como: hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, y obesidad.

Justificacion.

En el mundo el infarto agudo del miocardio es una de las causas de mortalidad, por eso nos ponemos a pensar en la importancia de cada ser humano para poder ser orientado para disminuir el factor de riesgo ya que el tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2 junto con la cardiopatía isquémica contribuyen las dos principales causas de mortalidad. Su causa más frecuente es una trombosis coronaria, secundaria a un accidente de placa aterosclerótica. Menos frecuentemente, puede ser producido por embolia coronaria, espasmo coronario sostenido, disección coronaria, etc. Habitualmente la necrosis es transmural y más raramente es no transmural (subendocárdica), como consecuencia de una disminución no total del flujo coronario en la zona infartada.

El infarto agudo de miocardio es una entidad generada por una obstrucción total de las arterias coronarias que irrigan el músculo cardíaco trayendo como consecuencia la necrosis del miosito. El infarto agudo de miocardio (IAM) forma parte de lo que conocemos como Síndromes Coronarios Agudos (SCA), que son la manifestación clínica de la evolución acelerada de la cardiopatía isquémica. La aterosclerosis puede evolucionar de forma lenta y crónica, dando lugar a la obstrucción progresiva de una arteria coronaria; éste es el sustrato de la angina estable. Pero también puede producirse una evolución acelerada cuando una placa de ateroma se rompe o se ulcera y genera un trombo intraluminal que puede ser más o menos obstructivo y más o menos estable. Dependiendo de ello, tendremos una angina inestable (trombo lábil) o un infarto de miocardio (trombo estable).

El tiempo es un factor de importancia crucial en la producción de la necrosis. Si el miocardio queda sin riego durante un periodo de tiempo breve, no se producen consecuencias irreversibles; pero si la isquemia se prolonga, el aporte insuficiente de oxígeno no es capaz ni de mantener la viabilidad de la zona y el miocardio se necrosa. El fenómeno de la necrosis se produce a lo largo del tiempo, comenzando por las zonas más vulnerables, que son las del subendocardio; si la isquemia dura lo suficiente, al final se acaba necrosando todo el espesor transmural del miocardio. La consecuencia positiva es que si somos capaces de interrumpir el proceso, abriendo la arteria obstruida, podremos limitar la cuantía de la necrosis.

El estilo de vida de las personas y la comorbilidad son dos importantes factores que hacen que la frecuencia de esta enfermedad siga incrementando. por esta razón este tema no solo es de interés para el personal médico si no también para el paciente y para todos aquellos que se interesen por su salud los cuales establecer promoción y prevención así disminuirían en gran porcentaje de incidencia de infarto de miocardio.

Hay que destacar que el infarto agudo del miocardio pertenece al cuadro clínico que engloba el síndrome coronario agudo: angina inestable, e infarto de miocardio con o sin elevación de segmentos ST. El cuadro clínico está dominado por el dolor, que es similar al ya descrito en la angina (opresivo, retroesternal, con ocasional irradiación a brazo izquierdo, cuello o abdomen), pero con algunas características diferenciales. El desencadenante no suele ser el ejercicio, sino que ocurre con frecuencia en reposo y sin desencadenantes reconocibles. En ocasiones puede verse precedido por una situación estresante. El dolor es más prolongado que el de la angina (dura horas) y se acompaña de una sensación angustiosa de muerte inminente. Con frecuencia se acompaña también de fenómenos vegetativos (sudoración, náuseas, mareo).

La prioridad que nos dio este tema es por la importancia que se visto hoy en dia mas muertes por infartos de miocardio que nos conyeba a una investigacion mas profunda y buscar los incidentes a diario en el Hospital General Maria Ignacia Gandulfo con relacion a datos estadisticos los que acuden en el hospital. Con el fin de centrar el analisis de numero de pacientes con infarto agudo de miocardio en el hospital general.El cual nos desidimos por hacer este tema para la tesis profecional hablando de infarto agudo de miocardio para informarnos mas sobre lo que nos conyeba a esto en la cual nos sirve para aprobar la materia.

Hipotesis.

H2. El infarto agudo miocardio es mas comun en personas con hipertencion y en diabetes mellitus 2.

Ho. El infarto agudo miocardio no es comun en personas con hipertension y diabetes mellitus 2.

Ha. El infarto agudo miocardio es problablemente con personas con hipertension y diabetes mellitus 2.

Capitulo 2

Marco teorico.

2.1. Definicion

Academia Nacional de Salud (2014)

El IAM se define en anatomía patológica como la muerte de la célula miocárdica debida a isquemia prolongada. Tras el inicio de la isquemia del miocardio, la muerte celular no es inmediata. Pasan varias horas hasta poder identificar la necrosis miocárdica por el examen post mortem macroscópico o microscópico. Para identificar la necrosis total de las células miocárdicas se necesitan por lo menos 2-4 horas o más. El proceso completo que lleva al infarto cicatrizado en general tarda por lo menos 5-6 semanas.

Las presentaciones clinicas de la cardiopatía isquemica, incluye la isquemia asintomatica asintomatica, la angina de pecho estable, la angina inestable, el infarto de miocardio (IM), la incidencia cardiaca y la muerte subita. Los signos del infarto de miocardio son:

La exploración física no presenta datos específicos, pero tiene una gran importancia para descartar otras causas de dolor torácico y para evaluar la situación del paciente y detectar las posibles complicaciones. El aspecto general del paciente nos puede presentar a un paciente pálido, con sudoración fría y angustiado. Si el paciente se encuentra obnubilado o agitado puede reflejar una situación de bajo gasto con hipoperfusión cerebral. El pulso suele ser rápido, reflejando la activación simpática.

Puede ser bradicárdico o arritmico. La tensión arterial suele ser discretamente alta (no es infrecuente encontrar cifras de 160/100) aunque puede haber hipo o hipertensión franca, lo que habrá que tener en cuenta para la evaluación y manejo del paciente. La auscultación cardiaca no revela datos específicos; si acaso puede auscultarse un 4º tono o un soplo sistólico de insuficiencia mitral (como complicación). La auscultación pulmonar debe centrarse en buscar la presencia de estertores en bases pulmonares, que revelarían la existencia de insuficiencia cardiaca.

La definición de síndrome coronario agudo engloba el aspecto de condiciones compatibles con isquemia miocárdica aguda o infarto debido a la reducción abrupta del flujo sanguíneo coronario.

El IAM es la necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prologada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio.

El ECG es básico en el diagnóstico del infarto agudo de miocardio. Existen una serie de alteraciones secuenciales en el tiempo: 1. Elevación de la onda T: este cambio es muy precoz, y raramente se consigue ver, pues cuando se puede hacer el ECG, la elevación de la onda T ya no es evidente. 2. Ascenso del segmento ST: esta alteración es también muy precoz y se puede detectar ya en los primeros minutos de la oclusión total de una arteria coronaria. La elevación del ST es convexa hacia arriba y localizada en las derivaciones que miran a la zona infartada. Cuando la oclusión coronaria no es total -producida por un trombo suboclusivo y, por lo general, lábil-, en vez de elevación del ST se puede encontrar depresión del segmento ST. 3. Negativización de la onda T: sucede tras horas del comienzo del dolor, frecuentemente al segundo día del mismo. 4. Aparición de ondas Q y amputación de ondas R: tras horas del comienzo, reflejando la necrosis transmural. 5. Normalización del segmento ST: tras varios días. 6. Fase crónica: posteriormente puede normalizarse la onda T e incluso pueden reducirse las ondas Q. La

persistencia crónica de elevación del segmento ST revela la presencia de aneurisma ventricular.

Cuando mueren las células miocárdicas permiten que salgan a la sangre, desde su interior, una serie de sustancias cuya elevación sérica nos permite detectar que se ha producido necrosis miocárdica.

En los marcadores de necrosis miocárdica hay que valorar: Su especificidad: es decir, que se eleven sólo en el IAM o que, por el contrario, también se eleven en otras situaciones que puedan actuar como elemento de confusión (por ejemplo, la enzima LDH se eleva en el infarto, pero también en otros procesos; las troponinas cardíacas son mucho más específicas). Su sensibilidad: las troponinas cardíacas son muy sensibles, esto es, se elevan cuando se producen incluso microinfartos, que de otra forma pasarían desapercibidos. Por el contrario, para que se produzca elevación de CPK u otro de los marcadores séricos hace falta una mayor cuantía de necrosis. Su cinética: el tiempo que tardan en aparecer en sangre tras la necrosis y el tiempo durante el cual permanecen elevados nos sirven para la detección más o menos precoz, así como para datar el momento del infarto. La cuantía de su elevación: cuanto más elevados estén los marcadores, mayor será el área de necrosis.

Frente a un cuadro clínico sugestivo de IAM fuera del ámbito hospitalario (domicilio, ambulatorio, etc.) la medida más importante es el traslado urgente a un entorno en que se pueda monitorizar, desfibrilar y actuar sobre la arteria obstruida. Ello se debe al elevado riesgo de arritmias ventriculares letales (fibrilación ventricular) en las primeras horas. Esta arritmia, responsable de la mayoría de las muertes que suceden antes de que el enfermo llegue al hospital, es sin embargo reversible con una desfibrilación mediante choque eléctrico. Por tanto, el enfermo debe ser monitorizado con un ECG cuanto antes para detectar esta arritmia, y debe estar en

un sitio donde se disponga de defibrilador. Esto puede conseguirse en la Unidad Coronaria o en las ambulancias medicalizadas.

La otra razón de la urgencia en el traslado es que si se logra abrir la arteria coronaria obstruida antes de que se haya necrosado todo el miocardio en riesgo, se conseguirá interrumpir el proceso, salvando parte del músculo. La función ventricular residual, que será mejor cuanto menos miocardio se haya necrosado, es uno de los principales determinantes del pronóstico a largo plazo de estos enfermos.