



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRIMERA UNIDAD

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

GRADO: 7

GRUPO: A

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN

Elevación y posterior caída de los niveles de marcadores de necrosis preferiblemente troponinas, con valor superior al percentil 99 de la normalidad, acompañada de al menos uno de los factores que se exponen a continuación es conveniente recordar que en el caso de que los pacientes presenten una clínica característica, con alguno de los otros criterios, no se debe esperar a la valoración de los marcadores de necrosis para iniciar todo el proceso de tratamiento del paciente.

Síntomas compatibles con isquemia. Cambios en el ECG compatibles con isquemia aguda cambios en el ST u onda T o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición. Desarrollo de nuevas ondas Q patológicas, aparición de nuevas anomalías en la contractilidad segmentaria o pérdida de tejido viable en las pruebas de imagen y muerte súbita de origen cardíaco, habitualmente precedida de síntomas compatibles con infarto, asociada a cambios en el ECG.

Causas más frecuentes de IAM son trombosis coronaria epicárdica que es la más habitual, y ocurre generalmente por rotura de una placa de ateroma, que en el 75% de los casos produce obstrucción de la luz sólo leve o moderada, pero con gran contenido lipídico e inflamatoria placa vulnerable. Es frecuente que pasen varios días desde la rotura inicial de la placa hasta la oclusión trombótica coronaria que origina el SCACEST y en 15 minutos tras la oclusión coronaria completa ya se inicia la necrosis miocárdica

Es frecuente que se acompañe de síntomas vegetativos sudoración fría, náuseas, vómitos, ansiedad y sensación de muerte inminente. Suele aparecer en reposo (a veces durante o después del ejercicio; es más frecuente a primera hora de la mañana por la activación simpática y cambios circadianos en la coagulación y actividad plaquetaria y acostumbra a ser habitual la historia de angina de pecho previa. Se debe destacar que la máxima mortalidad por infarto de miocardio se produce en las primeras dos horas tras el inicio de los síntomas, de ahí la necesidad de que tanto la población como todos los estamentos sanitarios conozcan que las dos medidas que más han contribuido a disminuir la mortalidad en el SCACEST son la monitorización del paciente en cualquier sitio, con capacidad para realizar

desfibrilación, y la realización de reperfusión urgente. Hiperactividad simpática taquicardia e hipertensión arterial o hiperactividad parasimpática bradicardia e hipotensión arterial, especialmente en el IAM de localización inferior. Generalmente la presión arterial disminuye discretamente, pero puede elevarse. Signos de disfunción ventricular presencia de extratonos, impulso apical anormal, disminución de la intensidad de los ruidos cardíacos, desdoblamiento del segundo ruido, estertores crepitantes pulmonares.

Soplo sistólico en el ápex de insuficiencia mitral de origen isquémico, roce pericárdico por pericarditis metainfarto. Si se eleva la presión venosa yugular con signo de Kussmaul y pulso paradójico conviene sospechar infarto de ventrículo derecho rotura cardíaca con taponamiento. Los cambios pueden afectar la onda T, T positivas picudas o isoeletricas como isquemia subendocárdica, T negativas isquemia subepicárdica o transmural, el segmento ST corriente de lesión miocárdica, ST descendido en la lesión subendocárdica y ST elevada con lesión subepicárdica o transmural.

El complejo QRS. La aparición de ondas Q patológicas indica necrosis miocárdica transmural. Existen infartos con ondas Q que generalmente son transmurales, consecuencia de un SCACEST e infartos sin onda Q que generalmente son limitados al subendocardio o no transmurales, consecuencia de un SCASEST. La cronología y extensión de estos cambios depende del tratamiento y del tiempo de evolución de la isquemia hasta el mismo. La inversión de la onda T suele persistir o a veces normalizarse tras varias semanas o meses y la persistencia de elevación del segmento ST en derivaciones en las que se han desarrollado ondas de necrosis puede indicar la presencia de un aneurisma ventricular o de segmentos con movimiento disquinético.

Las alteraciones de la onda T generalmente ocupan más derivaciones que las del ST, y estas más que las de la onda Q el área de isquemia es mayor que el área con corriente de lesión, que es más grande que el de necrosis eléctrica. Troponinas cardioespecíficas: las troponinas cardioespecíficas T y no hay diferencias sustanciales entre ellas son fracciones de la troponina, el complejo proteico que

regula la unión de la actina a la miosina durante la contracción muscular. Las troponinas cardíacas están codificadas por genes diferentes a las musculares, por lo que son muy específicas de daño miocárdico, y además son muy sensibles, lo que las convierte en el marcador de elección en la mayoría de casos. Monitorización electrocardiográfica urgente, con posibilidad de desfibrilación precoz con soporte vital avanzado si es necesario. En este contexto, datos recientes indican que debe ser prioritario mantener la función circulatoria sobre el resto de medidas a realizar.

Tratamiento del dolor. La morfina intravenosa u otros opiáceos son muy eficaces. Puede emplearse un antiemético como la metoclopramida para las frecuentes náuseas o vómitos que producen. Hay que evitar los AINE y los inhibidores de las COX-2 por su efecto protrombótico y un eventual aumento del riesgo de rotura cardíaca, reinfarto y muerte.

Este tratamiento persigue la recanalización de la arteria obstruida y evitar su reoclusión. El beneficio en la supervivencia de la reperfusión eficaz existe a corto y a largo plazo, y además minimiza las complicaciones y permite el alivio del dolor. Al repermeabilizar la arteria, se limita la cantidad de miocardio necrosado, y esto origina que la disfunción ventricular final sea menor. Su utilidad es máxima en las primeras horas desde el inicio del dolor. Existen dos modalidades de reperfusión urgente: el empleo de fármacos trombolíticos fibrinolíticos intravenosos o la realización de una coronariografía y angioplastias urgentes ACTP primaria.

La ACTP primaria se considera la estrategia de elección siempre que se pueda realizar de forma urgente antes de dos horas desde el primer contacto médico del paciente y por un equipo con experiencia pues se ha demostrado que frente a la fibrinólisis intrahospitalaria proporciona mejores resultados clínicos menos reinfartos, reoclusiones de la arteria y menor disfunción ventricular residual. La estreptoquinasa produce hipotensión arterial en el 5-10% en ocasiones precisa infusión de suero o atropina, y puede provocar reacciones alérgicas. Los efectos adversos más frecuentes de los trombolíticos son las hemorragias precoces, siendo el más temido la hemorragia intracraneal.

La ACTP de rescate está indicada en las primeras 12 horas de evolución de los síntomas, cuando no se consigue la reperfusión eficaz con el tratamiento trombolítico administrado, definida como la persistencia a los 60-90 minutos de la fibrinólisis de un ascenso del segmento ST, mayor del 50% en las derivaciones con la máxima elevación registrada. Evaluación de la función ventricular en reposo. Si durante la coronariografía en caso de haberse realizado no se evaluó la fracción de eyección del ventrículo izquierdo que es el principal determinante del pronóstico junto a la clase funcional y el tamaño del infarto mediante ventriculografía, está indicado realizar en todos los pacientes una ecocardiografía en reposo en las primeras 24-48 horas con esa finalidad

Debe recomendarse una dieta cardiosaludable y la reducción de peso si el índice de masa corporal es mayor de 30 y el perímetro de cintura es superior a 102 cm en varones y 88 cm en mujeres. Se debe restringir la sal en caso de hipertensión o insuficiencia cardíaca. Puede considerarse el suplemento de omega-3, especialmente en caso de hipertrigliceridemia. La rehabilitación cardíaca está definida por la Organización Mundial de la Salud, en el Informe 2007, como un conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar, por sus propios medios, un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad.

Bibliografía

Ramirez, M. L. (2017). *Manual CTO de medicina y Cirugia*. Mexico: CTO.