

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Se define como muerte celular causada por isquemia prologanda
O
El IAM es la necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio.

CLASIFICACION

Tipo 1: IAM espontáneo relacionado a isquemia debida a un evento coronario primario (erosión de la placa y/o ruptura, fisura o disección).

Tipo 2: IAM secundario a isquemia debida al aumento de la demanda de O₂o disminución de su aporte por: espasmo coronario, embolia coronaria, anemia, arritmias, hipertensión e hipotensión

Tipo 3: Muerte súbita inesperada, incluida parada cardiaca, frecuentemente con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica, acompañado presumiblemente de nueva elevación del ST, o bloqueo de rama izquierda (BRI) nuevo, o evidencia de trombo fresco en una arteria coronaria por angiografía y/o autopsia, pero que la muerte haya ocurrido antes de la toma de muestras de sangre, o que las muestras hayan sido tomadas antes para que existan biomarcadores en sangre.

Tipo 4a: IAM asociado con intervencionismo coronario percutáneo.

Tipo 5: IAM asociado a cirugía de derivación aortocoronaria.XTO

Texto
Tipo 4b: IAM asociado con trombosis de endoprótesis vascular (stent), demostrado por angiografía o autopsia.

MANIFESTACIONES

Forma dolorosa precordial típica: historia de malestar/dolor en centro torácico (área difusa) de 20 minutos o más de duración (son posibles otras localizaciones como la epigástrica o interescapular), que aparece en reposo o en ejercicio, no alivia totalmente con la nitroglicerina, no se modifica con los movimientos musculares, respiratorios, ni con la postura

algo que aprieta, pesa, ahoga, arde, quema, o solo como dolor, de intensidad variable, a menudo ligera (especialmente en ancianos). Rara vez es punzante o muy localizada. Datos importantes están dados en la posibilidad de irradiación a zonas como el cuello, mandíbula, hombro (s), brazo (s), muñeca (s) o la espalda, y la asociación de manifestaciones como disnea, sudoración, frialdad, náuseas y vómitos (estas últimas aisladas o en combinación).

DIAGNOSTICO

- ECG seriados
- Medición seriada de los marcadores cardíacos
- Angiografía coronaria inmediata (salvo que se administren fibrinolíticos) en los pacientes con IMEST o complicaciones (p. ej., dolor torácico persistente, aumento muy notable de los marcadores cardíacos, arritmias inestables)
- Angiografía coronaria tardía (entre 24 y 48 h más tarde) en pacientes con infarto de miocardio sin elevación del segmento ST sin complicaciones

El ECG es la prueba más importante y debe llevarse a cabo dentro de los primeros 10 min de la presentación del paciente.

Los marcadores cardíacos (marcadores séricos de la lesión celular miocárdica) son enzimas cardíacas (p. ej., creatina cinasa-isoenzima MB [CK-MB]) y contenidos celulares (p. ej., troponina I, troponina T, mioglobina) que se liberan a la corriente sanguínea tras la necrosis de las células miocárdicas

La angiografía coronaria suele combinar el diagnóstico con la intervención coronaria por vía percutánea (intervención coronaria por vía percutánea o sea, angioplastia, colocación de prótesis endovasculares). Cuando sea posible, la angiografía coronaria de emergencia y la intervención coronaria por vía percutánea se hacen tan pronto como sea posible después de producido el infarto agudo de miocardio (intervención coronaria por vía percutánea primaria).

Hallazgos hematológicos: la elevación de la cifra de leucocitos ocurre en las dos horas siguientes al comienzo del dolor torácico, alcanza el máximo a los 2 a 4 días después del infarto y vuelve a la normalidad en una semana. El pico máximo de leucocitosis suele oscilar entre $12 \times 10^3/\text{ml}$ y $15 \times 10^3/\text{ml}$, pero en ocasiones llega a $20 \times 10^3/\text{ml}$ en pacientes con IAM extensos.

MANEJO Y TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Se realizará historia clínica, examen físico y ECG (electrocardiograma) (obtenido e interpretado en un tiempo no superior a diez minutos) a todos los pacientes con dolor torácico, en los que se sospeche el diagnóstico de un SCA. El diagnóstico temprano y el traslado urgente son claves para la supervivencia. La terapia precoz mejora de manera decisiva el pronóstico. Se identifican pacientes en los que una intervención temprana puede mejorar los resultados.

eposo horizontal con monitorización eléctrica continua, colocando un monitor desfibrilador cerca del paciente, acceso intravenoso periférico y monitorización no invasiva de la saturación de oxígeno.

Alivio del dolor: opiáceos. Morfina de elección (ámpula de 10-20 mg) 4-8 mg vía intravenosa (IV); dosis repetibles de 2 mg cada 5-15 minutos (I C). En el orden práctico se diluye un ampúlula de cloruro mórfico de 10 mg (1 cc) en 9 cc de suero fisiológico y se obtiene una solución de 1mg de morfina por cada cc. Si se obtiene efecto vagotónico importante (bradicardia, hipotensión) tras la administración de morfina, administrar atropina (ámpulas de 0,5 mg) 0,5-1 mg IV hasta una dosis de 2 mg si necesario.

Oxígeno: 2-4 litros por catéter nasal o máscara. Principalmente en caso de falta de aire, hipoxia (saturación de oxígeno <90 %) u otros signos de insuficiencia cardíaca

Nitritos: nitroglicerina: 1 tableta (0,5 mg) sublingual de entrada que se puede repetir cada 5 minutos por 3-4 dosis

Antiplaquetarios: 4aspirina: dosis de 160-325 mg masticada e ingerida tan pronto se inicien los síntomas. Se prefiere sin cubierta entérica y una dosis promedio inicial de 250 mg. No se debe usar si existiera alergia conocida a los salicilatos

Clopidogrel: (tabletas de 75 mg) dosis de carga si el paciente recibirá tratamiento trombolítico con estreptokinasa recombinante (SKR), 300 mg en pacientes menores de 75 años (IB) 75 mg en mayores (IIB). Si no indicación de SKR dosis de 75 mg para cualquier edad.

Beta-bloqueadores (BBA): los BBA orales deben administrarse lo más tempranamente posible en todos los pacientes sin contraindicaciones.

Clasificación según el electrocardiograma de la presentación

Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). Sugiere trombo coronario no oclusivo.

Infarto de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST). La mayor parte de los casos de IAMSEST será un infarto de miocardio sin onda Q (IAMNQ), mientras que una proporción pequeña será IAM con onda Q (IAMQ).

Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAEST). (Sugiere trombo coronario oclusivo).
• La mayor parte de los casos será un infarto de miocardio con onda Q.
• Una proporción pequeña será IAMNQ.

- Presencia de ondas Q patológicas en el trazado ECG.
- Cambios ECG indicativos de isquemia (elevación o descenso del ST).
- Pruebas de imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nueva anomalía de la movilidad regional de la pared.