

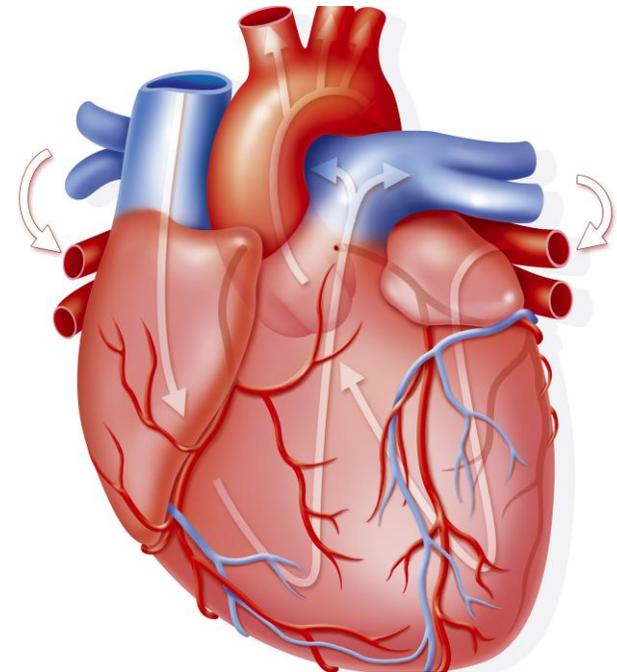
# INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

LAURA DILERY CRUZ DIAZ  
8° SEMESTRE

# INTRODUCCION

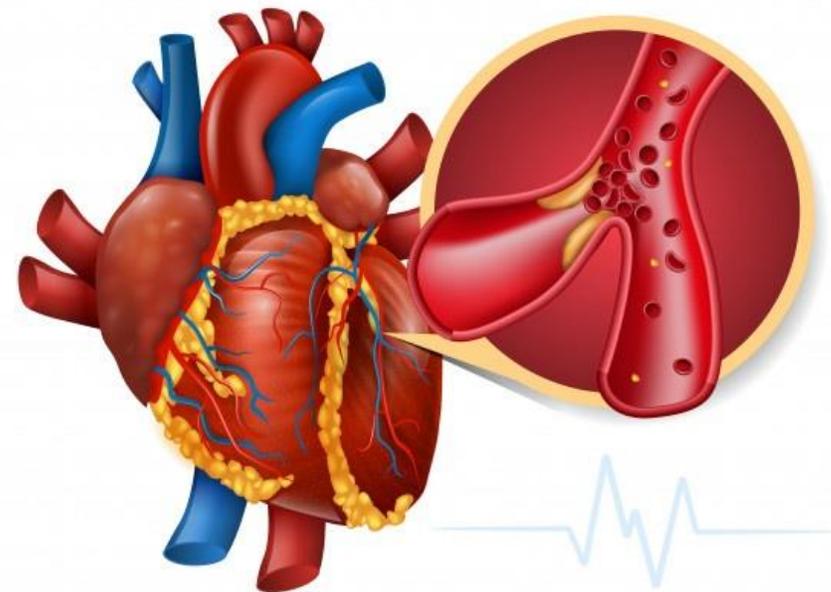
El infarto agudo al miocardio (IAM) es la primera causa de muerte en México.

En conjunto las enfermedades del corazón causan más muertes al año que todos los cánceres combinados, las enfermedades respiratorias y todas las enfermedades neurológicas juntas.

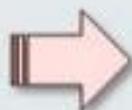


# INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

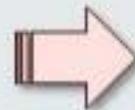
Muerte o necrosis de una sección del musculo cardiaco a causa de una **interrupción** brusca o **disminución** critica de su riego sanguíneo.



**Aterosclerosis  
coronaria**

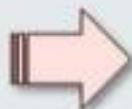


**Placa  
aterosclerótica**

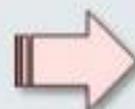


**90%  
Eventos agudos**

**Otras**



**Embolias locales,  
anomalías  
congénitas,  
disecciones  
vasculares que  
están relacionadas,  
traumatismos  
torácicos y arteritis.**



**10%  
Eventos agudos**

# EPIDEMIOLOGIA



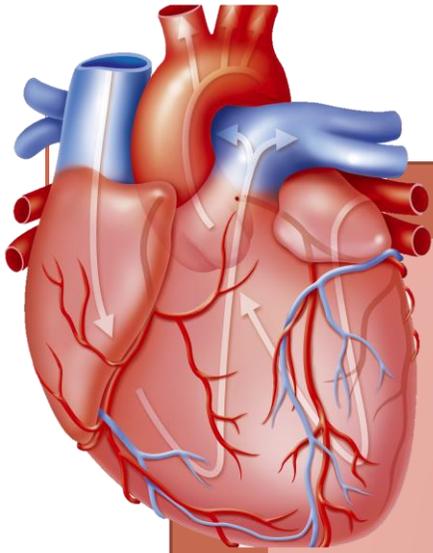
México tiene una tasa de mortalidad hospitalaria por IAM **tres veces mas alta** que los demás países.

# CLASIFICACION CLÍNICA

TIPO 1: IAM Espontáneo relacionado a isquemia debido a un evento coronario primario.

TIPO 2: IAM secundario a isquemia debido al aumento de la demanda de oxígeno o disminución de su aporte.

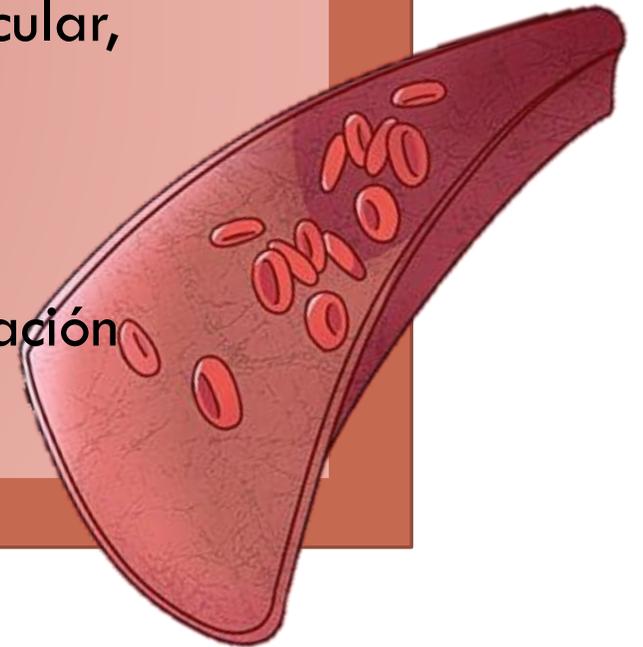
TIPO 3: Muerte súbita inesperada, incluida parada cardíaca.



TIPO 4a: IAM asociado con intervencionismo percutáneo

TIPO 4b: IAM con trombosis de endoprótesis vascular, demostrado por angiografía o autopsia.

TIPO 5: IAM asociado a cirugía de derivación aortocoronario



# CLASIFICACION SEGÚN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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

- Angina inestable.
- 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).

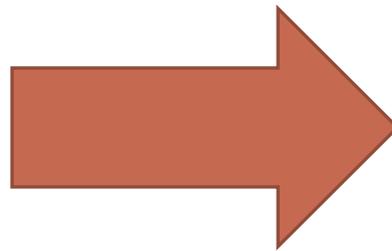
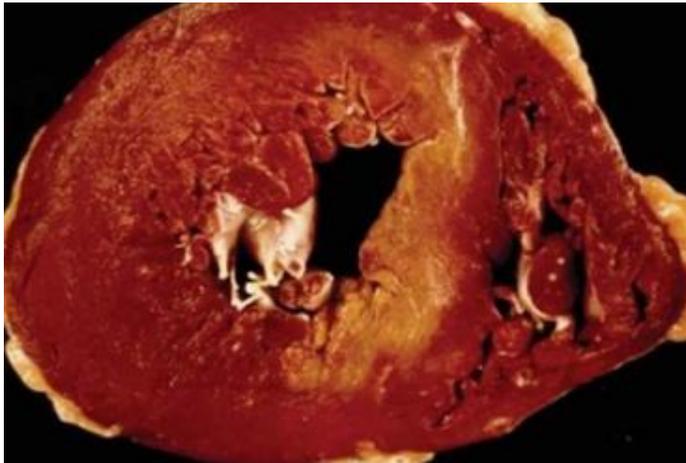
2. Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). (Sugiere trombo coronario oclusivo).

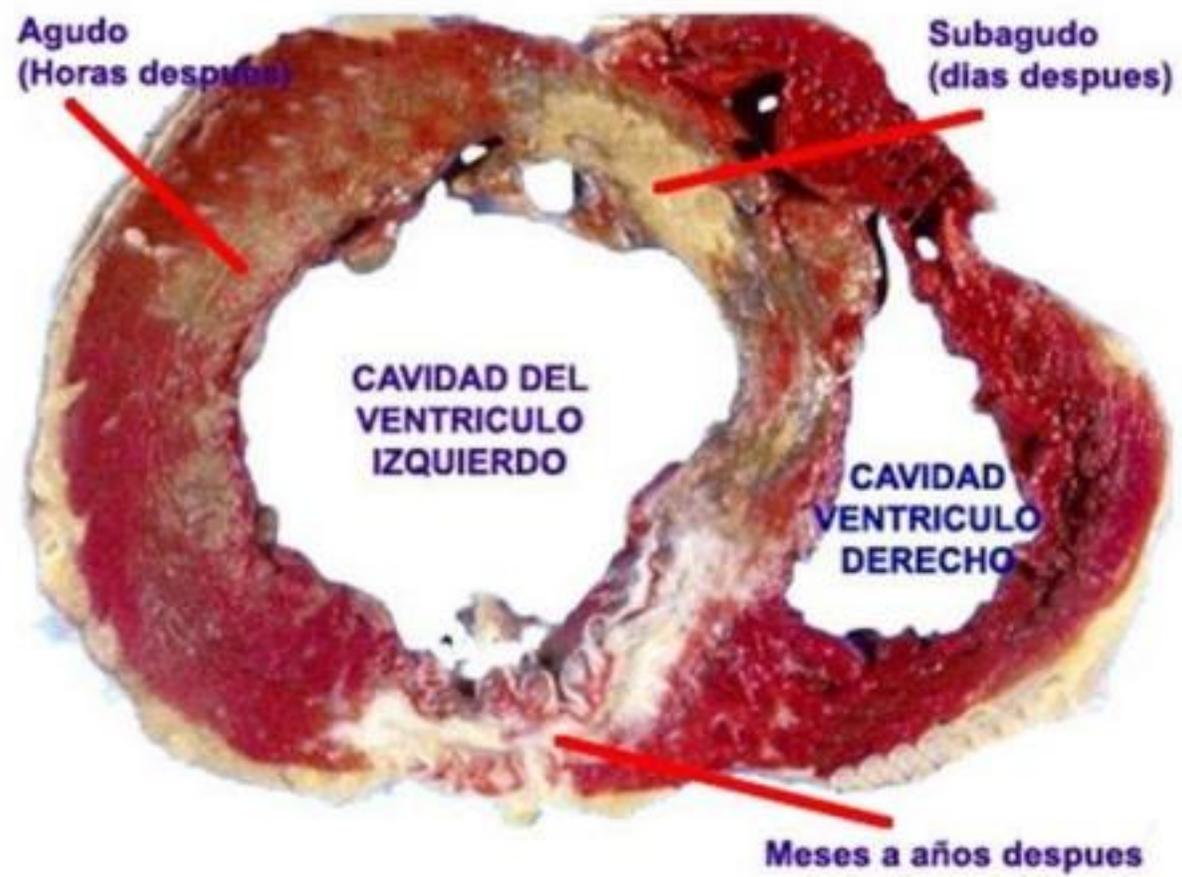
- La mayor parte de los casos será un infarto de miocardio con onda Q.
- Una proporción pequeña será IAMNQ.

# ANATOMÍA PATOLÓGICA

IAM pertenece al tipo de **necrosis coagulativa**.

Implica la preservación del perfil básico de la célula coagulada durante al menos unos días, por desnaturalización de las proteínas.



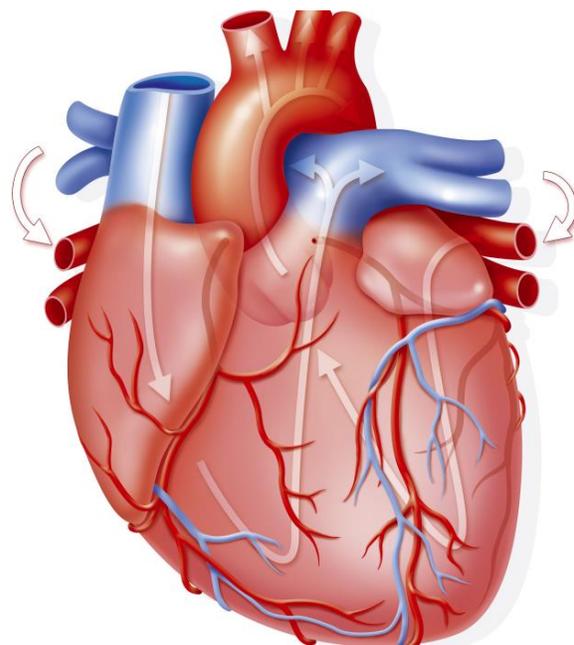


# FACTORES DE RIESGO

DISLIPIDEMIA

SEDENTARISMO

DIABETES MELLITUS



TABAQUISMO

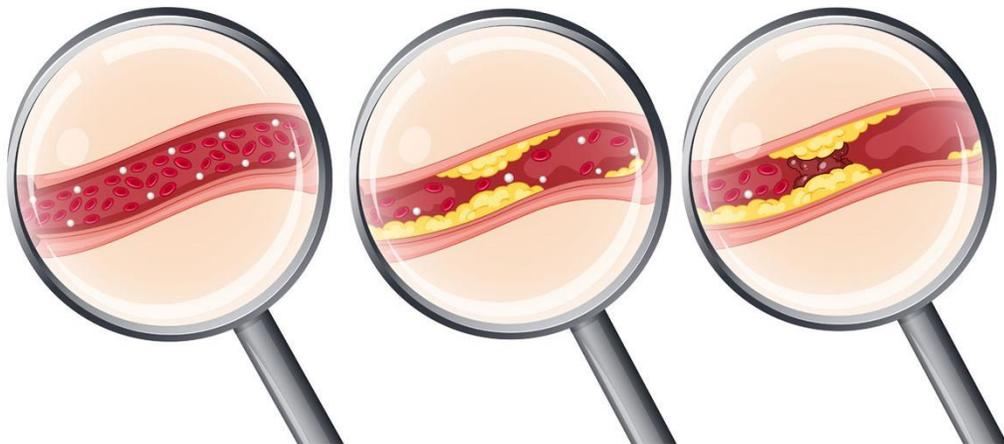
OBESIDAD

HIPERTENSION ARTERIAL

# FISIOPATOLOGIA

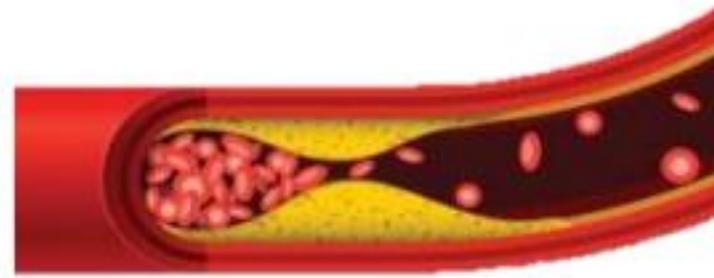
Los síndromes coronarios agudos (SCA) son una manifestación de la aterosclerosis:

Normalmente son por aparición de una trombosis aguda, inducida por la rotura o la erosión de una placa aterosclerótica, con o sin vasoconstricción concomitante, que produce una reducción súbita del flujo sanguíneo.



La rotura de la placa expone sustancias aterogénicas que pueden producir un trombo extenso relacionado con el infarto.

En casos esporádicos, los SCA pueden tener una etiología **NO ATEROSCLERÓTICA**, como:



ARTERITIS

TRAUMATISMO

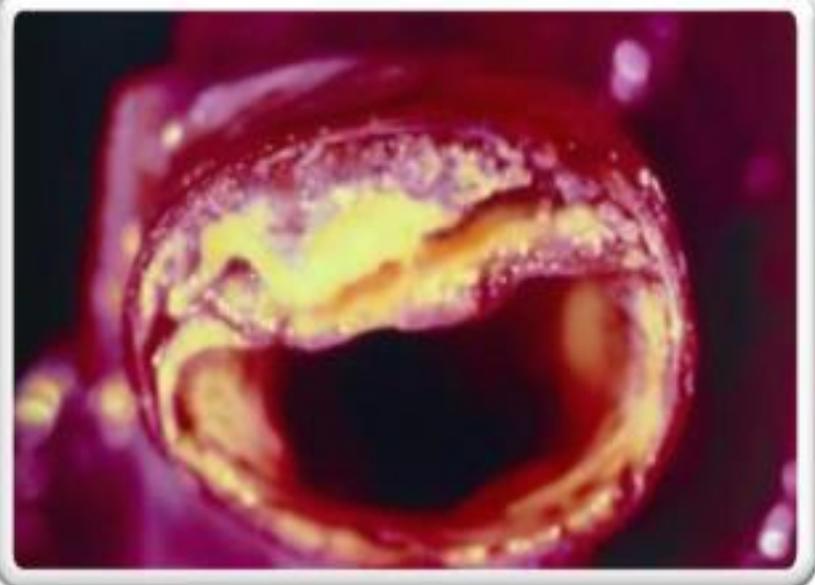
TROMBOEMBOLIA

ANOMALÍAS  
CONGENITAS

ADICCIÓN A COCAÍNA

TRAUMATISMO

COMPLICACIONES DE  
CATETERISMO CARDIACO



# ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO



Por regla general, el dolor del infarto se describe como:

- Sensación de constricción, aplastamiento, opresión o compresión en el tórax.
- Intensidad variable, generalmente grave e intolerable.
- Duración mayor a los 30 minutos.
- Molestia asfixiante, penetrante, ardoroso o taladrante.

FC Varía en dependencia del grado de compromiso de la función ventricular desde bradiarritmias hasta taquicardias ventriculares y fibrilación ventricular

**Dolor intenso en el esternón que no se va con movimientos ni respiración**

**Puede irradiar a: mandíbula, cuello, espalda, brazo izquierdo y a veces, a brazo derecho**



**Sudor frío y mareo**

**Pérdida de conocimiento**



**Dolor en la parte alta del abdomen**



**Dificultad para respirar**



**Ganas de vomitar**



# DIAGNOSTICO

## ELECTROCARDIOGRAFICO

Los cambios en el electrocardiograma (ECG) en relación con el IAM, se pueden observar en registro de las 12 derivaciones en ausencia de factores de confusión, como son: Bloqueo de Rama Izquierdo conocido, hipertrofia ventricular, síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) y postoperatorio inmediato de cirugía coronaria.

## ANGIOGRAFIA

# EXAMENES HEMATOLÓGICOS

**CPK-MB**

Es habitualmente la más utilizada si no se cuenta con otros marcadores, aunque no es específica, dada la existencia de isoformas en el plasma, por lo que no se recomienda para el diagnóstico de rutina.

**LEUCOCITOS**

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  $12$  y  $15 \times 10^3$  /ml, pero en ocasiones llega a  $20 \times 10^3$  /ml en pacientes con IAM extensos.

**Troponinas  
T e I**

La troponina en sangre es un indicador muy sensible y muy específico de necrosis celular miocárdica. La determinación recomendable es la cuantitativa, aunque pueden usarse métodos cualitativos que son menos sensibles y específicos.

# MANEJO Y TRATAMIENTO

Una vez sospechado el diagnóstico debe tratarse como un código rojo e iniciar tratamiento inmediatamente.

a) Reposo horizontal con monitorización eléctrica continua.

b) 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.

c) Oxígeno: 2-4 litros por catéter nasal o máscara. Principalmente en caso de falta de aire, hipoxia (saturación de oxígeno).

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

# MANEJO Y TRATAMIENTO

e). Antiplaquetarios: 4 aspirina: dosis de 160-325 mg masticada e ingerida tan pronto se inicien los síntomas.

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

g). Restauración del flujo coronario y reperfusión del tejido miocárdico

Contraindicaciones en la disfunción ventricular grave (FC menor de 60 por minuto, bloqueo auriculoventricular (BAV) de grado mayor al primero, antecedentes de broncoespasmo.