



Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno: Ana Karen Tolentino Martínez

Nombre del tema: Infarto agudo de miocardio

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Fisiopatología

*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales
Hernández*

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 4

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

La enfermedad cardiovascular persiste como primera causa mundial de muerte en los adultos. La población de adultos jóvenes ha cursado con cambios en el estilo de vida con el paso de las décadas, favoreciendo la aparición de aterosclerosis en etapas más tempranas y como consecuencia la aparición de eventos cardiovasculares de manera más prematura. Se ha identificado que dentro de los factores de riesgo más comunes, la mayoría de ellos son potencialmente modificables.



El término «infarto de miocardio en paciente joven» no se encuentra definido por guías o asociaciones, sin embargo, la mayoría de los estudios han establecido un punto corte menor de 40 a 45 años para identificar a este grupo de pacientes (. Diversos estudios han mostrado que del total de los pacientes con IAM, aproximadamente un 6 a 12% de los pacientes son menores de 45 años, el 3.4 a 5.6% son menores de 40 años y el 1.6% son menores de 35 años.

FACTORES DE RIESGO

En la actualidad los factores de riesgo pueden clasificarse como modificables y no modificables; dicha clasificación permite identificar los cambios que se pueden hacer en el estilo de vida y el tratamiento del paciente para disminuir la aparición de eventos cardiovasculares y disminuir su mortalidad. En un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 3,501 pacientes de 18 a 55 años que fueron hospitalizados por IAM se observó que hasta el 97% de las mujeres y el 99% de los hombres tienen al menos un factor de riesgo potencialmente modificable, y el 65% de las mujeres y 63% de los hombres tenían tres o más.

En diversos registros que incluyen a pacientes jóvenes (< 45 años) se ha identificado que los principales factores de riesgo en este grupo son: tabaquismo (60–80%), dislipidemia (25–86%), historia familiar de enfermedad coronaria prematura (20–56%), obesidad (28– 49%), hipertensión (16–63%), diabetes mellitus (4–35%) y uso de drogas ilícitas (5%)

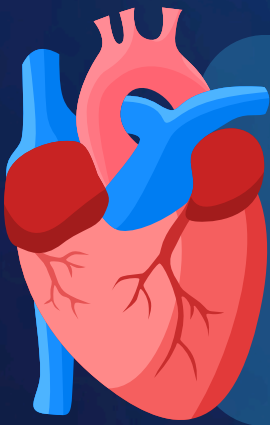


En el análisis por sexo, se puede observar que la presencia de IAM prematuro es más frecuente en el masculino; además en los hombres fue más frecuente encontrar antecedente de dislipidemia (59– 92.1 vs. 30–82.6%) y tabaquismo (57 vs. 48%), mientras que en el sexo femenino se observó más frecuentemente diabetes mellitus (15–39 vs. 10–26%)

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El tipo de presentación más frecuente es el dolor precordial típico en el 81–95%, seguido de síntomas neurovegetativos en el 87% y paro cardíaco o arritmias letales en el 1.5–11%. Una mayor proporción de pacientes jóvenes tiene un IAM con elevación del ST como presentación (70%), mientras que los pacientes no jóvenes lo hacen tanto con IAM con elevación del ST como con IAM sin elevación del ST en la mitad de los casos.

. Por otra parte, se ha observado una mayor prevalencia de infarto de miocardio sin arterias coronarias obstruidas en los menores 45 años (14 vs. 9%, $p < 0.001$), con una mayor frecuencia en mujeres jóvenes (23 vs. 10%, $p < 0.001$).



En la población general se ha observado que la ruptura de placa aterosclerótica con consecuente trombosis es principal causa de IAM independientemente de su presentación clínica hasta en el 79% de los casos. La presencia de aterosclerosis en pacientes jóvenes no es un hallazgo poco común; se ha encontrado que en donadores de trasplante cardíaco con edad media de 33 ± 13.2 años y sin evidencia de enfermedad coronaria el 51.9% tenían presente al menos una placa aterosclerótica documentada por ultrasonido coronario intravascular.

Otras etiologías como: disección, embolia, espasmo, alteraciones anatómicas y disfunción microvascular pueden ser encontradas en el 10–11% en los hombres y hasta en el 30% de las mujeres jóvenes. Este grupo de pacientes tiene un mejor pronóstico que aquellos con aterosclerosis como causa del IAM



ETIOLOGÍA

TERAPIA DE REPERFUSIÓN Y HALLAZGOS ANGIOGRÁFICOS

En la mayoría de los jóvenes se realiza coronariografía cuando se trata de IAM tipo 1 (94%), sin embargo, se realiza con menor frecuencia en IAM tipo 2 (22.6%)⁷. La terapia primaria de reperfusión elegida para los pacientes jóvenes con IAM con elevación del ST se realiza de acuerdo con la disponibilidad de intervención coronaria percutánea primaria o trombólisis en el centro de atención, sin embargo, durante la hospitalización hasta casi la totalidad es sometido a angiografía coronaria.

Dentro de los hallazgos angiográficos en jóvenes, se ha reportado una mayor frecuencia la enfermedad de un vaso (53.7–82 vs. 31–50%). Por el contrario, la enfermedad de tres vasos es poco frecuente en el grupo de pacientes jóvenes (2.4–12%) comparado con el grupo > 40 años (hasta un 34.8%)¹² (Fig. 3). El vaso más afectado es la arteria descendente anterior (46–71.5%), seguida de la arteria coronaria derecha (22–40%)^{7,12,13,24} y por último la arteria circunfleja (7–9%).

El diagnóstico de IAM sin enfermedad coronaria obstructiva se encuentra en el 10.9–14% de los jóvenes, siendo más frecuente en mujeres (23 vs. 10%).

PRONÓSTICO

La mortalidad intrahospitalaria en jóvenes con IAM es del 0.93–4%, sin observarse diferencia entre sexos ni en grupos de edad intermedia (45–65 años), a excepción de un registro que muestra mayor mortalidad en este grupo (9.0%). Por otra parte, no se ha observado diferencia en la estancia hospitalaria en menores y mayores de 40 años. En cuanto a las complicaciones intrahospitalarias, se ha reportado una baja tasa de choque cardiogénico (3%), insuficiencia cardíaca (10%), evento vascular cerebral (1.5%), bloqueo auriculoventricular completo (1.5–3%), pericarditis postinfarto (1.5–5%) y lesión renal (1.5%).

CONCLUSIÓN

Actualmente es reconocido que en los pacientes en recuperación después de un IAM es frecuente la depresión, reportando síntomas depresivos en aproximadamente el 47% de los pacientes en los primeros tres meses post-IAM, con una edad promedio de 54 años⁵². La depresión se considera un factor de riesgo independiente para aumento de mortalidad, incluso después de un adecuado control de la extensión de enfermedad coronaria, tamaño de infarto y disfunción ventricular izquierda.

