



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Esmeralda yeraldi López
morales

Nombre del tema :Super nota

Parcial: Cuarto parcial

Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Felipe Antonio morales
Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en
enfermería

Cuatrimestre: Cuarto cuatrimestre

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 consecuencias la aparición de eventos cardiovasculares de manera más prematura.

Definición

En la actualidad es cada vez más frecuente encontrar a personas jóvenes con diagnóstico IAM, lo cual puede asociarse al incremento de factores de riesgo, tales como la sobrecarga de trabajo, estrés laboral, malos hábitos dietéticos, sedentarismo, obesidad, tabaquismo y adicciones.



Diversos estudios han mostrado que el 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 diversos registros que incluyen a pacientes jóvenes de 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%), mellitus (4-35%) y uso de drogas ilícitas (5%).

Presentación clínica

El tipo de presentación más frecuente es el dolor precordial típico en el 81-95%, seguido de síntomas neurovegetativos en el 87%. Una mayor proporción de pacientes jóvenes tienen un IAM con elevación de 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.

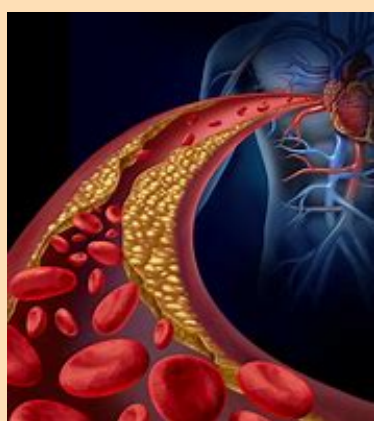
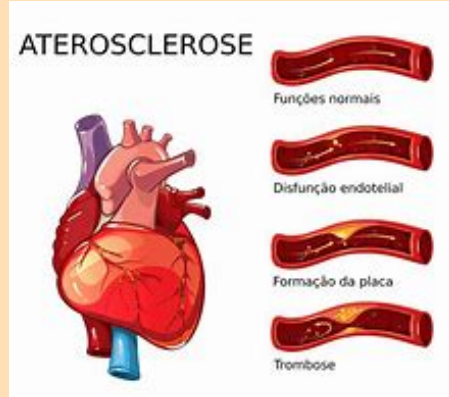


Es importante mencionar que en los jóvenes se observa un mayor pico de creatinina cinasa y proteína C reactiva durante el evento agudo, lo cual sugiere que el miocardio no tiene circulación colateral, sin embargo, se debe reconocer que la elevación enzimática no siempre se corresponde con el curso clínico, debido a que al momento del ingreso de estos pacientes en su mayoría muestran escalas pronósticas con puntuación de mortalidad baja a moderada y de muy bajo riesgo de sangrado.



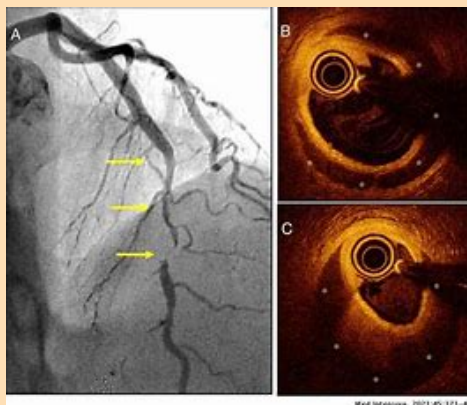
Etiología

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.



Estos hallazgos respaldan el hecho de que en los pacientes jóvenes con IAM la aterosclerosis persiste como la causa más frecuente, teniendo una prevalencia del 60-65%

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.

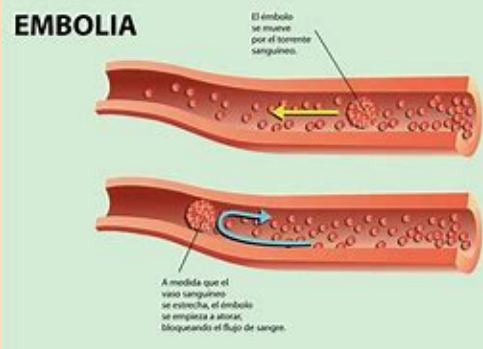


La disección

La disección coronaria espontánea se observa en el 0.07-1.1% del total de los pacientes con IAM y en el 4.87% de los pacientes jóvenes; es más frecuente su presentación en mujeres jóvenes, ya que representa hasta un 22-35% del total de causas de IAM. Se asocia frecuentemente al embarazo, enfermedades del tejido conectivo e inflamatorias, y su principal causa es la displasia fibromuscular

La embolia

La embolia coronaria puede representar la causa del 2.9% del total de los pacientes con IAM; su prevalencia en el grupo de pacientes jóvenes se desconoce. El material que es enviado a las arterias coronarias y produce su obstrucción puede ser de origen trombótico, tumoral, aire, vegetación o un cuerpo extraño

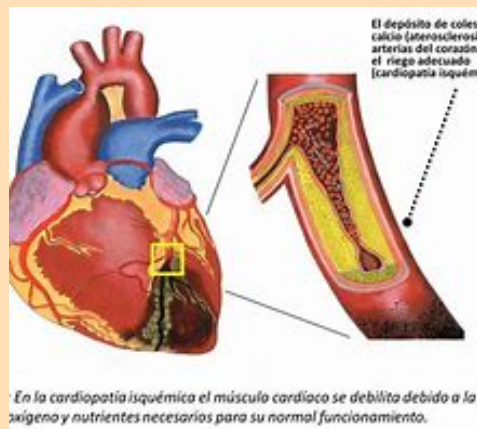


El espasmo

El espasmo coronario es una entidad frecuente en poblaciones asiáticas y su prevalencia como causa de IAM en la población general y en el grupo de pacientes jóvenes se desconoce. Se ha observado que en pacientes con IAM y enfermedad coronaria no obstructiva hasta un 33.4-44.8% presentan espasmo coronario inducido por prueba inductora.

Otras causas

No aterosclerótica de IAM es el desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al músculo cardíaco, comúnmente conocido con IAM tipo 2, el cual se presenta hasta en el 31.9% de los jóvenes con IAM. Las principales causas reportadas que provocan este desequilibrio son sepsis (16.2%), arritmias (14.5%) e insuficiencia respiratoria (11.5%).



En la cardiopatía isquémica el músculo cardíaco se debilita debido a la falta de oxígeno y nutrientes necesarios para su normal funcionamiento.

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%).

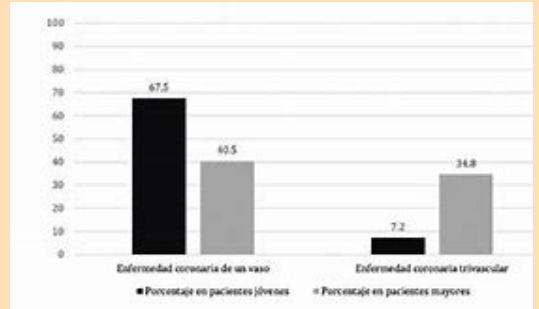


La terapia primaria

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.

Hallazgo angiográficos

Dentro de los hallazgos angiográficos en jóvenes, se ha reportado una mayor frecuencia la enfermedad de un vaso, 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%



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%. En el grupo de mayores de 65-70 años los estudios ha reportado una mortalidad intrahospitalaria mucho más elevada 5-20%.

El CASS (Estudio de Cirugía de la Arteria Coronaria) demostró mayor supervivencia a siete años en hombres 35 años comparados con los 45 años (84 y 75%), igualmente se observó menor mortalidad en mujeres 45 años comparando con las 35 años (90 y 77%)



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%)

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 años.



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.

Conclusión

En la actualidad el IAM es cada vez más frecuente en jóvenes y su principal factor de riesgo cardiovascular es el tabaquismo. Su presentación clínica no suele diferir de los pacientes de mayor edad y la aterosclerosis persiste como principal etiología, sin embargo, hay que tener en cuenta otras causas como disección coronaria espontánea, embolia, espasmo y alteraciones anatómicas.

