



INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

guía informativa



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad



Índice

Pág.

Introducción 2

Síntomas de la enfermedad 4

Causas y factores de riesgo 5

¿Cómo se diagnostica? 8

¿Cómo se trata? 11

Consejos para mejorar la calidad de vida 15

Signos que requieren atención 20

¿Qué tengo que hacer si...? 22

Respuestas a preguntas frecuentes 22

Otros enlaces de interés 26

IAM

1

INTRODUCCIÓN

Un infarto agudo de miocardio (IAM) es una emergencia sanitaria que se produce porque una parte del músculo cardiaco se queda, repentinamente, sin riego debido a la obstrucción de una arteria coronaria. Esta falta de riego produce una lesión del músculo cardiaco, que si no se trata rápidamente producirá la muerte del tejido muscular afectado.

La mayor parte de los infartos agudos de miocardio se producen en personas que sufren enfermedades de las arterias coronarias, ocasionadas por la arterioesclerosis (acumulación de grasa en los vasos sanguíneos). La arterioesclerosis ocasiona un endurecimiento de las arterias y estrecha su calibre interior debido a que se depositan placas de colesterol. Durante un infarto, se produce el desprendimiento o la rotura de alguna placa, ocasionando un coágulo de sangre en el sitio en que se rompió la placa. Cuando ese coágulo bloquea el suministro de sangre de las arterias coronarias del corazón al músculo cardiaco, se produce el infarto.

El infarto agudo de miocardio es una patología frecuente y es una de las causas de mayor mortalidad entre la población española, aunque en los últimos años se ha producido un descenso en esta mortalidad, que se relaciona con la mejora de la atención de las emergencias y de la atención sanitaria y con la reducción del número de fumadores. Sin embargo, dado que la diabetes, la obesidad y el sobrepeso están incrementándose, es posible que estas cifras vuelvan a aumentar.

La mayoría de los infartos se producen en personas mayores de 45 años. Los hombres tienen más del doble de probabilidad de sufrir un infarto que las mujeres.



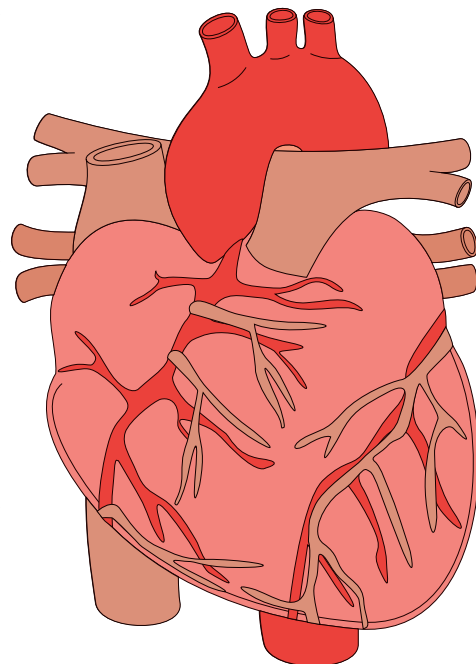
El infarto agudo de miocardio se puede prevenir mediante intervenciones sobre los principales factores de riesgo: tabaco, dietas ricas en grasas, diabetes, sedentarismo y obesidad.

El tratamiento del infarto agudo de miocardio va dirigido a recuperar el riego de las arterias coronarias lesionadas. En este sentido se ha avanzado mucho, en la actualidad, se utilizan medicamentos que disuelven los coágulos de sangre de las arterias y también se utilizan el cateterismo y la cirugía para intervenir sobre las arterias coronarias, ensanchando su calibre interior mediante una técnica llamada angioplastia, en la que se suele dejar un stent, o mediante cirugía colocando uno o varios by pass, con el fin de conseguir irrigar la zona de músculo cardíaco afectada.

El corazón necesita para funcionar un suministro constante de sangre rica en oxígeno, exactamente igual que los demás tejidos y órganos del cuerpo. Si el suministro de sangre al corazón se interrumpe bruscamente, como ocurre cuando se produce un infarto agudo de miocardio, el músculo cardíaco puede dañarse y sufrir lesiones irreversibles.

Si se daña una gran parte del corazón, se puede producir una parada cardíaca y la muerte.

La enfermedad coronaria (EC) es la principal causa de infarto. Se trata de una enfermedad que afecta a las arterias coronarias (los vasos sanguíneos principales que suministran sangre al corazón) que se obstruyen con depósitos o placas de colesterol.



IAM

3

SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Los **síntomas** de un IAM incluyen:

- Dolor torácico agudo que se localiza habitualmente en el centro del pecho. Este tipo de dolor suele compararse a una sensación de gran peso o de opresión en el pecho.

- Dolor que se desplaza o irradia hacia otras zonas del cuerpo. Es habitual que el dolor se irradie hacia el brazo izquierdo, pero también puede hacerlo a ambos brazos, a la mandíbula, al cuello, a la espalda e incluso al abdomen. En las mujeres se ha observado que la irradiación del dolor es más atípica y puede presentarse en forma de dolor abdominal.

- Dificultad respiratoria.
- Náuseas y vómitos.
- Intensa sensación de ansiedad.
- Visión borrosa, mareo y percepción de “luces”.
- Sudoración con sensación de frío.
- Tos.
- Sensación subjetiva de gravedad.

La intensidad del dolor puede ser muy variable de unas a otras personas; para muchas es un dolor muy severo que describen “como si tuvieran una losa sobre el pecho”. Pero no es así en todos los casos y hay personas que describen sus síntomas como los de una “indigestión”.

Los ancianos, las mujeres y algunas personas que presentan enfermedades como la diabetes pueden tener síntomas menos llamativos o apenas perceptibles.

La intensidad del dolor no es lo más importante para detectar que se está produciendo un infarto. Lo fundamental es el conjunto de los síntomas que se produce.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para el infarto agudo de miocardio se clasifican en factores no modificables (edad, sexo, antecedentes familiares, enfermedades o condiciones previas....) y factores modificables, que son objeto de actuaciones preventivas para reducir el riesgo de la enfermedad.

Los principales factores de riesgo para el infarto agudo de miocardio son:

La edad: a medida que avanza la edad hay más probabilidades de desarrollar algún grado de enfermedad coronaria.

El sexo: Los hombres tienen dos a tres veces más probabilidades de sufrir un infarto que las mujeres.

Antecedentes familiares: Si una persona tiene un familiar de primer grado (padre, madre, hermano o hermana) con antecedentes de haber padecido enfermedades cardíacas, tales como angina de pecho o infarto, presenta el doble de probabilidades de desarrollar problemas similares que la población que no cumple estas características.

El consumo de tabaco: parte de las toxinas que se encuentran en los cigarrillos, reducen el calibre de las arterias coronarias y las dañan. Esto hace a las personas que fuman más vulnerables a la enfermedad coronaria. En comparación con los no fumadores, las personas que fuman 20 ó más cigarrillos al día tienen un 60-90% más de probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria y sufrir un infarto.

Incluso pequeñas cantidades de tabaco pueden resultar nocivas. Un solo cigarrillo al día aumenta en un 30 % las probabilidades de desarrollar una enfermedad coronaria con respecto a quien no fuma. Además hay que tener en cuenta que los “fumadores pasivos” también se ven afectados por los efectos perjudiciales del tabaco. Si aún no ha decidido dejar de fumar, no fume en locales o zonas cerradas como los coches, y mucho menos cuando haya niños en su entorno.

Una dieta no saludable: con una dieta alta en grasas saturadas, los niveles de colesterol en la sangre aumentan y, como consecuencia, aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria. Algunos alimentos, como el pescado azul y el aceite de oliva virgen, contribuyen a reducir los niveles de colesterol.

El sedentarismo: La falta de actividad física está relacionada con un mayor riesgo de tener sobrepeso u obesidad e hipertensión y, como consecuencia, de sufrir una enfermedad coronaria.

La hipertensión arterial: La hipertensión arterial afecta a las arterias coronarias, haciéndolas más vulnerables a la enfermedad coronaria. Cuanto mayor sea la presión arterial, mayor es el riesgo de padecer enfermedad coronaria.

La diabetes: El aumento de los niveles de glucosa en la sangre asociados con la diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 puede dañar las arterias coronarias. Se estima que las personas con diabetes tienen 2.5 veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad coronaria que la población general.



IAM

6

El sobrepeso/obesidad: La obesidad conduce a potenciar los factores de riesgo asociados a sufrir un infarto. En particular, las personas que tienen sobrepeso o son obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial, tienden a tener niveles más altos de colesterol como resultado de una dieta alta en grasas y presentan un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

El consumo de alcohol: El consumo excesivo de alcohol puede causar hipertensión y aumento de los niveles de colesterol en sangre, aumentando así el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria.

Hay algunas causas que, aunque menos frecuentes, también se considera que pueden desencadenar un fallo cardíaco. Son las siguientes:

El consumo de drogas: la utilización de estimulantes del tipo cocaína, anfetaminas, crack y metanfetaminas puede, en ocasiones, provocar un infarto porque producen el estrechamiento de las arterias coronarias. El consumo de cocaína se baraja como una de las causas más comunes de muerte súbita tras sufrir un infarto en personas jóvenes que no padecían una enfermedad cardíaca conocida con anterioridad.



Recuerde que los cinco principales factores de riesgo que pueden conducir a un infarto son:

1. El consumo de tabaco
2. La hipertensión arterial
3. El sobrepeso y la obesidad
4. Los niveles elevados de colesterol
5. Sedentarismo

Para reducir el riesgo de sufrir un infarto deben establecerse cambios en el estilo de vida de cada paciente.

IAM

7

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

En caso de sentir los síntomas descritos, debe avisar inmediatamente al teléfono de Emergencias 112. Le formularán unas preguntas sencillas y usted o sus acompañantes podrán exponer cuáles son los síntomas que siente y si tiene antecedentes de cardiopatía isquémica. Si se sospecha que usted pueda tener un infarto agudo de miocardio, se le trasladará en una unidad móvil medicalizada, donde ya se iniciará el tratamiento del mismo de un modo precoz. Ya en el Hospital, se continuará el tratamiento en el Servicio de Urgencias o en una Unidad Coronaria o de Cuidados Intensivos.

Clásicamente, los síndromes coronarios agudos se clasifican en angor o angina (cuando hay un problema de aporte de oxígeno a las células cardíacas, pero que no llega a producir lesiones en las mismas) e infarto de miocardio (cuando sí se producen lesiones). Más recientemente, se ha diferenciado entre SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación de ST) y SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación de ST).

El infarto con elevación del ST (SCACEST) se considera la forma más grave de presentación del infarto. En este caso, como resultado de una obstrucción total de la arteria coronaria se interrumpe -de forma prolongada- el suministro de sangre al miocardio. Ésta es la causa de que se produzcan grandes daños en una zona amplia del corazón. La mayoría de las personas identifican el infarto con esta forma de presentación.

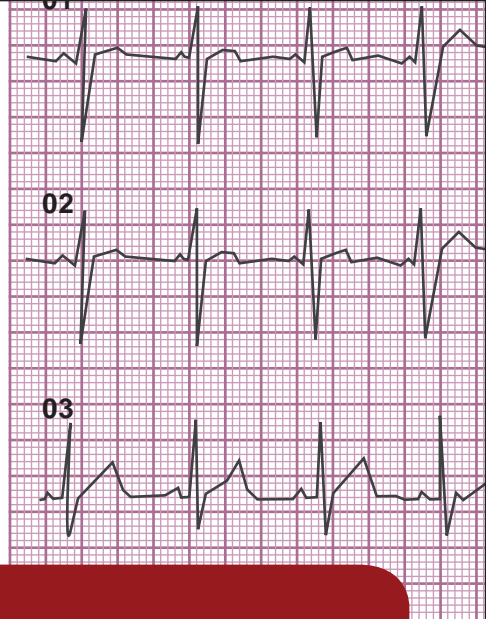
EL infarto sin elevación del segmento ST (SCASEST) es menos grave que el anterior (SCACEST). Esto se debe a que, en este



caso, el suministro de sangre que recibe el corazón sufre un bloqueo parcial. Como resultado, la zona dañada del corazón es menor que en el caso anterior. Pero el SCASEST se considera también como una emergencia médica grave.

El angor o angina inestable es la forma menos grave de presentación de un infarto, aunque, como el SCASEST, sigue siendo considerado como una emergencia médica. En la angina inestable, el suministro de sangre desde las arterias coronarias al corazón está seriamente restringido, aunque la magnitud de los daños es mucho menos grave que en los casos de SCACEST y SCASEST.

Las pruebas utilizadas en el diagnóstico del infarto son:



Electrocardiograma (ECG)

El medio diagnóstico más utilizado por los médicos del Centro de Salud y por el 112 es el electrocardiograma (ECG) es una prueba muy importante cuando se sospecha un infarto. Debe llevarse a cabo lo antes posible, y si no ha sido posible durante el traslado, debe hacerse en cuanto el paciente ingresa en el hospital.

El ECG refleja la actividad eléctrica del corazón. El corazón tiene zonas localizadas en las que se origina una pequeña corriente eléctrica que es la que genera los latidos cardiacos. Esta corriente se puede medir desde el exterior. El ECG registra estas señales sobre el papel o sobre una pantalla, lo que permite al médico ver cómo está funcionando el corazón. Estas ondas eléctricas sufren modificaciones en el ECG cuando se produce un infarto agudo de miocardio y, además, las imágenes serán distintas si se está produciendo un infarto o si éste se produjo hace tiempo.

La práctica de un ECG no produce ningún dolor y tarda en realizarse unos cinco minutos. Para detectar las señales eléctricas que produce el corazón se conectan unos cables con electrodos en forma, habitualmente, de pequeños discos planos, que se pegan en los brazos, en las piernas y en el pecho. Los cables de los electrodos están conectados a la máquina de ECG, que registra los impulsos eléctricos y que facilita una idea precisa de cómo está funcionando el corazón.

El ECG ayuda a confirmar el diagnóstico de un infarto cuando se sospecha por las características del dolor y ayuda a determinar cuál es la zona del corazón a la que está afectando y esto es de utilidad para establecer el tratamiento más eficaz.

Hay una serie de pruebas que se utilizan para valorar el estado del corazón y las posibles complicaciones que se han producido tras un infarto, pero algunas se realizan una vez que el tratamiento inicial se ha iniciado y la situación del paciente es estable.

Análisis de sangre: Cuando se produce un daño miocárdico comienzan a detectarse en la sangre una serie de enzimas que resultan de la destrucción del músculo cardíaco, por ello, ante una sospecha de un infarto se realiza un análisis de sangre para detectar la existencia de estas enzimas. Los niveles de la enzima van variando en función del momento de evolución, por eso se repiten análisis de sangre en diferentes momentos.

Radiografía de tórax: Las radiografías de tórax se pueden utilizar para descartar la existencia de otras enfermedades que puedan manifestarse con una sintomatología similar al IAM, por ejemplo un neumotórax o para hacer el seguimiento de posibles complicaciones tras sufrir un infarto, como sería un edema pulmonar.

Ecografía cardíaca: Un ecocardiograma es una ecografía del corazón. Utiliza ultrasonidos y se utiliza para identificar cuáles son las zonas del corazón dañadas tras el infarto y cómo están afectadas las funciones del corazón.

Angiografía coronaria: La angiografía coronaria (lo que los pacientes suelen conocer como cateterismo cardíaco) ayuda a localizar la obstrucción o estrechamiento en las arterias coronarias. Se inserta un catéter (un tubo muy delgado) a través de uno de los vasos sanguíneos de la ingle o el brazo. El catéter se dirige hasta las arterias coronarias bajo control radiológico. Una vez que ha alcanzado las coronarias se inyecta contraste a través del catéter. Como el contraste es radiopaco, puede visualizarse radiológicamente su distribución a través de las arterias coronarias en tiempo real. De esta forma la angiografía permite estudiar el recorrido del contraste y, por tanto, localizar cualquier zona arterial que sufra un estrechamiento o una oclusión completa sobre la que tenga que intervenir el cirujano cardíaco. Durante la misma técnica se puede actuar directamente sobre esta obstrucción, realizando una angioplastia coronaria, con o sin colocación de stent, como se detallará posteriormente. El cateterismo se realiza con el paciente despierto si la situación clínica lo permite.

¿CÓMO SE TRATA?

El **tratamiento** actual del infarto agudo de miocardio va dirigido a conseguir la “reperusión” de la arteria coronaria afectada, es decir, eliminando el trombo que ocluye la arteria y ampliando la zona de estrechamiento producida para permitir, de nuevo, el paso de la sangre. El tratamiento depende del tipo de infarto sufrido, de las disponibilidades de equipamiento y profesionales y del tiempo en que se puede asegurar la atención.

Mientras llega la ambulancia y, salvo que en Emergencias le hayan dicho por teléfono lo contrario, si tiene aspirina a mano y no es alérgico, se recomienda MASTICAR –no tragar entera- una aspirina de adulto de 500mg. La función que cumple la aspirina, en este caso, es ayudar a deshacer el coágulo de la arteria coronaria afectada y restaurar el suministro de sangre al corazón.

En el Síndrome Coronario Agudo, independientemente del tipo de presentación, es necesario adoptar una serie de medidas e iniciar la administración de unos fármacos muy útiles para su tratamiento:

- Priorizar la actuación según el ABC, que consiste en asegurar una vía aérea, respiración y circulación adecuadas.
- Tranquilizar al paciente y buscar un medio seguro de actuación.
- Administrar oxígeno.
- Calmar el dolor, utilizando analgésicos potentes como la morfina si es necesario.
- Administrar antiagregantes como el ácido acetil-salicílico u otros.
- Administrar anticoagulantes como la heparina.
- Administrar fármacos que disminuyen el consumo de oxígeno por las células del corazón.



En el caso del infarto que cursa con alteración del ST se manejan dos tipos de tratamiento:

1. Trombolisis, fibrinólisis o tratamiento antitrombótico: consistente en la administración de medicamentos antiagregantes y fibrinolíticos que permitan la disolución del coágulo y poder restaurar el flujo de sangre al miocardio. Es un tratamiento médico que se administra por vía intravenosa y que para ser efectivo debe administrarse muy precozmente. Se puede administrar ya durante la estabilización y traslado del paciente por personal médico experto, siempre que no existan contraindicaciones.

2. Angioplastia coronaria: es una intervención que se lleva a cabo en las salas de hemodinámica por cardiólogos intervencionistas o hemodinamistas. La finalidad es ensanchar el calibre o la luz de la arteria coronaria afectada. La Angioplastia coronaria primaria es la que se realiza como primer tratamiento sin haber aplicado medicamentos trombolíticos con anterioridad. Éste es el tratamiento más indicado cuando puede asegurarse que se podrá aplicar de manera precoz, en centros bien dotados de equipamiento y por profesionales con amplia experiencia.

Cuando un tratamiento trombolítico no ha dado los resultados esperados, puede aplicarse una angioplastia denominada “de rescate” (ya no sería primaria) y si se produce pasadas las 24 horas desde que aplicó el tratamiento trombolítico, entonces se denomina angioplastia “retardada”

¿En qué consiste la angioplastia?

Para realizar una angioplastia, en primer lugar se introduce una guía muy fina –catéter a través de una gran arteria de la ingle o el brazo, - que contiene en un extremo un balón o estructura hinchable, como un “globo en forma de salchicha”. Esta guía pasa desde la arteria grande hasta la arteria coronaria que tiene la obstrucción, siempre con control radiológico para saber en todo momento dónde se encuentra situada la punta de la guía. Una vez ha llegado a la zona obstruida y estenosada, el globo se infla dentro de la parte más estrecha de la arteria para intentar ensancharla, y en su interior se coloca un stent, que es una malla de metal flexible cuya función es mantener el ensanchamiento que ha producido el globo una vez hinchado. El stent queda colocado en el interior de la arteria para que se mantenga con el mayor calibre posible. En ocasiones se coloca un stent que libera fármacos dentro de la arteria.



Bypass coronario

A veces una angioplastia puede no resolver el problema de la arteria coronaria afectada, por ejemplo porque el catéter no pueda llegar a la zona obstruida, porque haya varias ramas coronarias afectadas o porque la lesión y el endurecimiento de la arteria no permitan su apertura con el balón y el stent. En tales circunstancias, se plantea como tratamiento alternativo un procedimiento quirúrgico conocido como cirugía de revascularización a través de injerto de bypass de la arteria coronaria. Esta técnica consiste en eliminar la arteria coronaria lesionada y sustituirla por un injerto utilizando para ello un trozo de vena de la pierna, de una arteria de la zona pectoral o de otra parte del cuerpo.

Se denomina bypass porque establece un cortocircuito entre la zona anterior y posterior a la obstrucción o a la lesión de la arteria coronaria.

En muchos casos, además se administra morfina como analgésico potente para aliviar los síntomas del dolor torácico agudo y para reducir la sensación de estrés y ansiedad.



IAM

14

CONSEJOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

El **proceso** de recuperación de un infarto puede durar varios meses. Es muy importante durante este periodo seguir las indicaciones de los profesionales sanitarios con relación a las actividades que, de manera segura, pueden irse desarrollando.

La rehabilitación comienza durante la hospitalización y es fundamental para conseguir una buena recuperación, tanto física como psicológica. El paciente debe implicarse en todo aquello que puede hacer para reducir el riesgo de un nuevo episodio.

Es necesario seguir las indicaciones del médico que realiza el seguimiento de un paciente tras un IAM, que es quien tiene los datos acerca del estado del corazón y de los tiempos de recuperación que precisa.



Hay dos objetivos importantes que conseguir durante este proceso de recuperación:

1. Reducir el riesgo de sufrir otro infarto al corazón, modificando los estilos de vida, siguiendo el tratamiento indicado y tomando conciencia de la importancia de su implicación para conseguir los cambios.

2. Restablecer progresivamente la capacidad física para que el paciente pueda reincorporarse a la vida y tareas habituales participando en un programa personal de rehabilitación cardíaca.

Adopción de estilos de vida saludables

Conseguir la reducción del riesgo de sufrir otro infarto implica adoptar cambios en los estilos de vida y seguir el tratamiento prescrito:

■ **Eliminar el consumo de tabaco:**, una de las medidas más importantes para prevenir otro infarto es abandonar el hábito de fumar con carácter inmediato y de forma completa –consumir un nuevo cigarrillo, aunque inicialmente sea con carácter esporádico, es un gran riesgo de volver a fumar- y no frecuente ambientes con humo de tabaco. Lo más recomendable es que su médico le asesore para dejar de fumar.

■ **Dieta cardiosaludable:** Se recomienda seguir una dieta mediterránea rica en frutas, verduras, ensaladas, legumbres, en la que se incluya pescado azul (rico en ácidos grasos tipo omega-3 como: bonito, salmón, trucha, atún, sardinas, chicharro, anchoas), que

puede contribuir a reducir los niveles de colesterol. Reducir las carnes y sustituir las mantequillas ricas en grasas por aceite de oliva y reducir los quesos grasos y los embutidos.

■ **Limitar el consumo de alcohol:** La persona que ha sufrido un infarto debe limitar el consumo de alcohol dado que su ingesta habitual puede incrementar la tensión arterial y los niveles de colesterol, aumentando el riesgo de un nuevo infarto. Las personas que beben en exceso tienen el doble de riesgo de sufrir un nuevo infarto o una enfermedad cerebrovascular. Deben consultarse con el médico las dudas sobre la cantidad de alcohol que puede consumirse sin riesgo.



■ **Controlar el peso:** es fundamental controlar las situaciones de sobrepeso y de obesidad, practicando actividad física habitual y con una dieta establecida por los profesionales sanitarios. El control del sobrepeso y de la obesidad exige el compromiso del paciente con su propia salud. Sólo se pueden utilizar medicamentos para controlar el peso si los indica el médico.

■ **Realizar actividad física:** La rehabilitación incluirá la realización de actividad física de diferente nivel para reforzar el estado general. El médico indicará cuales son las limitaciones que, en cada caso, pueden existir para la práctica de la actividad. No deben excederse los niveles de actividad señalados en cada momento, el proceso de rehabilitación debe estar monitorizado y sometido a seguimiento

de los profesionales sanitarios. A partir de un momento determinado, el proceso de recuperación puede llevarse a cabo por el propio paciente con un mínimo de controles profesionales.

Los primeros días conviene que la actividad física sea ligera y progresivamente vaya aumentando el tiempo y la intensidad de la actividad para conseguir un estado físico adecuado. El médico establecerá en cada caso el tipo de ejercicio más ajustado al paciente. Deben consultarse las dudas para que el paciente se sienta seguro una vez que comience a controlar su actividad física.

La actividad debe realizarse con la suficiente intensidad para mantener un entrenamiento cardíaco e incluye actividades como caminar con paso rápido o hacer bicicleta. Recuerde que no debe realizar actividad física en condiciones de frío intenso.



Principales medicamentos utilizados para el tratamiento del IAM:

Los tipos de medicamentos más utilizados tras sufrir un infarto son:

■ IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina):

Estos medicamentos se utilizan para controlar la tensión arterial. Su mecanismo de acción es reducir los niveles de líquido circulante y ampliar el calibre de las arterias. Generalmente el médico valora la función renal para ajustar la dosis del medicamento. Los IECA deben tomarse, en muchas ocasiones, de manera indefinida.

Los efectos secundarios de este medicamento incluyen: mareos, cefalea, debilidad, cansancio y tos seca con picor de garganta (este último es uno de los efectos secundarios que pueden mantenerse más tiempo).

■ Antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes

Los antiagregantes plaquetarios se utilizan para prevenir la formación de trombos o coágulos. Estos medicamentos actúan sobre las plaquetas que son las células sanguíneas que facilitan la coagulación. Uno de los fármacos más utilizados con esta finalidad es la aspirina a dosis muy bajas

Por lo general se prescribe aspirina diaria en dosis bajas (100mg) , porque a estas dosis tiene el efecto antiagregante buscado.

Hay otros medicamentos que producen un efecto antiagregante mayor, como el clopidogrel, que también se utiliza cuando el paciente no tolera la aspirina. Los efectos secundarios potenciales del clopidogrel son de índole digestiva como molestias gástricas inespecíficas, diarrea o dolor abdominal

Cuando no es posible administrar aspirina ni clopidogrel es posible utilizar otros medicamentos denominados anticoagulantes orales: el acenocumarol (Sintrom) o la warfarina, cuyo efecto secundario más grave es la aparición de hemorragias en diferentes partes del organismo, por eso requieren el seguimiento frecuente del estado de la coagulación del paciente a través de análisis de sangre

Hay que estar atento a determinados signos de alarma como el sangrado por la orina, en las deposiciones (heces negras) sangrado nasal duradero, tos con sangre sangrado intenso de las heridas, abundante sangrado menstrual o cualquier tipo de hemorragias que no se detiene. Estos signos precisan una consulta médica.

■ Beta-bloqueantes

Los beta bloqueantes protegen el corazón después de un infarto. Su efecto es la relajación de la musculatura cardíaca y la reducción de la tensión arterial. En muchas ocasiones se administran de manera indefinida.

Hay una serie de efectos secundarios que no son infrecuentes tales como el cansancio, sensación de frío de manos y pies, enlentecimiento de los latidos cardiacos, diarrea, náuseas y también trastornos del sueño pesadillas e impotencia.

■ Estatinas

Las estatinas se utilizan para reducir los niveles de colesterol circulante en la sangre. Con ello se pretende reducir los riesgos de un nuevo infarto, al evitar que se depositen placas de ateroma en las arterias coronarias.

Entre los efectos secundarios de este medicamento se describen: estreñimiento o diarrea, dolores de cabeza, dolores musculares y dolor abdominal.

Si bien la dieta es fundamental para controlar los niveles de colesterol, en muchas ocasiones será necesario mantener la administración de estos medicamentos hipolipemiantes.

Si la persona que sufrió un infarto trabajaba, la vuelta al trabajo dependerá del estado del corazón tras la fase de recuperación, del tipo de trabajo que se realice y del estado de salud general. La mayoría de los pacientes en edad laboral podrán reintegrarse al trabajo pasado un tiempo que tiene relación con el tipo de trabajo que se realiza y que será mayor cuanto mayor esfuerzo requiera. Una persona con una actividad ligera podría reintegrarse al trabajo en menos de dos meses y si realizaba actividades pesadas, este plazo puede llegar a los cuatro meses.

Las personas que no realizaban actividad laboral también deben normalizar su vida en el plazo que les recomiende el médico.



SIGNOS QUE REQUIEREN ATENCIÓN

COMPLICACIONES GRAVES EN LA FASE AGUDA DEL IAM

Algunas de las complicaciones comunes tras haber tenido un infarto se analizan con más detalle a continuación.

Arritmias y trastornos del ritmo cardíaco

Una arritmia es un ritmo cardíaco anormal, ya sea por rápido (taquicardia), por lento (bradicardia) o por irregular (fibrilación auricular).

Las arritmias pueden desarrollarse después de un infarto porque los músculos lesionados interrumpen las señales eléctricas necesarias para controlar el corazón.

Algunas arritmias se consideran leves y de buen pronóstico, suelen generar palpitaciones (sensación de latidos acelerados del corazón en el pecho o la garganta) dolor en el pecho mareos mareo fatiga (cansancio), falta de aliento

Pero otras arritmias pueden ser potencialmente mortales y constituyen una de las principales causas de muerte durante las 24 horas después de un infarto, tales como:

- bloqueo auriculo-ventricular completo, cuando las señales eléctricas se interrumpen y el corazón no puede bombear la sangre adecuadamente
- arritmia ventricular, cuando el corazón comienza a latir más y más rápido antes de entrar en una especie de espasmo, que a su vez significa que es incapaz de bombear la sangre adecuadamente.

Las arritmias leves, por lo general, se pueden controlar con medicamentos. Las que cursan con sintomatología prolongada pueden necesitar tratamiento con un marcapasos (dispositivo eléctrico que se implanta quirúrgicamente en el pecho y se utiliza para ayudar a regular los latidos del corazón.)

Fallo cardíaco

La insuficiencia cardíaca es una situación en la cual el corazón no puede bombear eficazmente la sangre.

Los síntomas de la insuficiencia cardíaca son:

- sensación de ahogo
- fatiga que se manifiesta sobre todo al estar tumbado, necesitando incorporar la cabecera de la cama
- hinchazón de los brazos y piernas debido a una acumulación de líquido

Shock cardiogénico

El shock cardiogénico es similar a la insuficiencia cardíaca, pero más grave. Se desarrolla cuando el daño sufrido por los músculos del corazón es muy importante y el corazón ya no puede suministrar suficiente sangre para mantener las funciones del organismo.

Los síntomas de shock cardiogénico incluyen:

- confusión mental
- enfriamiento de manos y pies
- disminución o ausencia de la orina
- rápido latido cardíaco y la respiración
- piel pálida

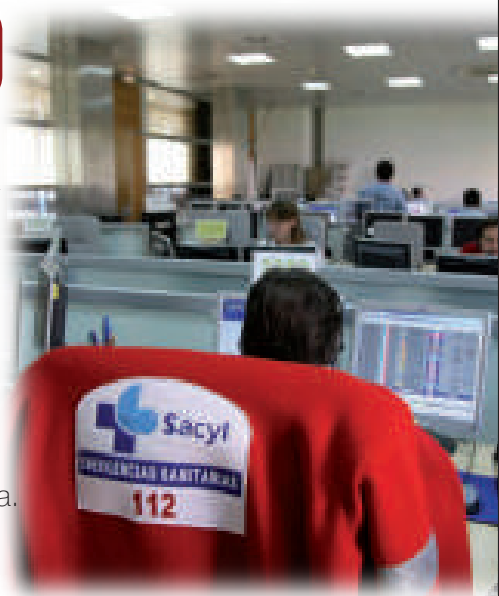
Rotura cardíaca

Una rotura del corazón es una complicación grave e infrecuente que se produce como consecuencia de un importante daño del corazón. Generalmente, se requiere cirugía a corazón abierto para reparar el daño. El pronóstico para las personas que tienen una rotura del corazón no es bueno.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI...?

La intensidad del dolor no es lo más importante para detectar que se está produciendo un infarto. Lo fundamental es el conjunto de los síntomas que se produce.

El concepto erróneo de que un infarto cursa siempre con un intenso dolor torácico puede conducir a que se produzcan muertes que se habrían podido evitar. De hecho hay estudios en los que se refleja que un tercio de las personas que sufrieron un infarto, ni siquiera llamaron a una ambulancia. Por ello es preferible, que ante una sospecha de un infarto, llame rápidamente al *servicio de emergencias 112*. Ellos decidirán la intervención más rápida y adecuada.



RESPUESTAS A PREGUNTAS FRECUENTES

■ ¿Cómo puedo identificar el dolor que provoca un IAM?

El dolor torácico agudo suele ser el síntoma más característico del infarto agudo de miocardio. Se reconoce como una sensación de dolor y opresión en el pecho que puede ser similar al que produciría una losa colocada sobre esta zona. El dolor puede irradiarse hacia el cuello, brazos y espalda.

En ocasiones puede acompañarse por una sensación importante de ansiedad y falta de respiración.

IAM

22

■ ¿Cuál es el pronóstico tras sufrir un IAM?

El pronóstico de las personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio es variable y depende en buena medida de:

- La rapidez en recibir el tratamiento tras sufrir el infarto que, en condiciones ideales debe producirse en los primeros 90 minutos tras sufrir los primeros síntomas del infarto agudo de miocardio; por eso es tan importante actuar inmediatamente ante las situaciones de sospecha de un infarto.

- De la respuesta del paciente al tratamiento aplicado en los primeros 28 días tras sufrir un infarto agudo de miocardio.

En los estudios epidemiológicos y en los registros sobre infarto agudo de miocardio, se observa que aproximadamente la mitad de las personas que sufren un infarto agudo de miocardio fallecen en los primeros 28 días tras el infarto. De esas muertes, el 75% se produce en las primeras 24 horas y en el 30% de estos casos el paciente ya estaba ingresado en el hospital.

Si una persona que ha sufrido un infarto agudo de miocardio sobrevive a los 28 días, su pronóstico mejora notablemente, y si se cuida tiene muchas probabilidades de vivir bastantes años. Las personas que sobreviven tras un infarto agudo de miocardio deben seguir los tratamientos que les indiquen sus médicos, hacer rehabilitación y modificar sus estilos de vida para evitar los factores de riesgo que facilitan que se vuelva a repetir otro infarto.



■ ¿Por qué no siempre se hace una angioplastia al inicio del proceso?

La realización de angioplastias requiere profesionales muy especializados y con experiencia. En los últimos cinco años se ha incrementado el número de salas de hemodinámica en Castilla y León que actúan como referencia para toda la Comunidad. Por tanto lo importante es que se pueda trasladar al paciente en el menor tiempo posible a una de estas salas. La angioplastia sería el tratamiento preferible si se asegura que puede realizarse en los primeros 90 minutos desde que se produjo el infarto. Sin embargo, si por las circunstancias concretas no va a ser posible hacerlo en ese tiempo, se aplicará inicialmente la trombolisis y, se diferirá la angioplastia, que podría ser "de rescate" o "retardada".

¿En qué consisten los programas de rehabilitación cardiaca? ■

Además de recibir recomendaciones generales sobre actividad física permitida, puede incorporarse a un programa de rehabilitación cardiaca que puede desarrollarse en un hospital, en un centro de rehabilitación, en un centro de salud o en asociaciones de pacientes. Lo habitual es que estos programas comiencen después de varias semanas desde que se recibió el alta y que se realicen bajo supervisión de profesionales sanitarios; la duración de los programas de rehabilitación es variable.

En las sesiones de rehabilitación se realizan, sobre todo, ejercicios aeróbicos tales como caminar deprisa, nadar, subir escaleras o andar en bicicleta, que con un esfuerzo ligero y mantenido ayudan a aumentar la resistencia cardiaca, reforzar el corazón y reducir la tensión arterial. Se llevan a cabo durante un par de horas en cada sesión y estas sesiones tienen lugar una o dos veces a la semana. Los gimnasios o las salas donde se hace rehabilitación cardiaca deben estar preparados para valorar si el grado de esfuerzo que realiza el paciente es el adecuado y para intervenir si se produce algún problema en los pacientes.

Las sesiones de rehabilitación incluyen también reuniones que juegan un papel importante en mantener y recordar las recomendaciones que tiene que seguir el paciente para adaptar su estilo de vida y reducir los factores de riesgo.



■ ¿Cuando podré volver a mantener relaciones sexuales?

Debería poder mantener relaciones sexuales sin problemas en cuanto sea capaz de caminar rápidamente hasta dos tramos de escaleras sin notar dolores en el pecho o sin sentir fatiga. Esto por lo general suele suceder a partir del primer mes tras haber sufrido el infarto.

Recuerde que el mantener relaciones sexuales no incrementa el riesgo de sufrir otro infarto.

Es cierto que, en ocasiones, cerca del 30% de los hombres que sufren un infarto, manifiesta disfunción eréctil (dificultad para lograr o mantener una erección), relacionado con la ansiedad y el estrés emocional, lo que puede dificultar las relaciones sexuales..

Si usted experimenta disfunción eréctil, hable con su médico porque, en ocasiones puede relacionarse con un efecto secundario del tratamiento con medicamentos de tipo beta-bloqueantes.

■ ¿Podré conducir pronto?

Podrá conducir sin problemas siempre y cuando no tenga ninguna otra complicación, a partir del primer mes tras haber sufrido el infarto.

■ Me siento deprimido ¿que puedo hacer?

Tener un infarto puede resultar traumático y es común experimentar sentimientos de ansiedad. Para muchas personas, el estrés emocional puede hacer que se sienta triste durante las primeras semanas después de regresar a casa del hospital.

Si los sentimientos de depresión persisten, consulte a su médico porque su estado emocional podría tener un efecto adverso en su recuperación física . Recuerde que la mayor parte de las personas que han sufrido un IAM vuelven a tener una vida normal a los pocos meses.

OTROS ENLACES DE INTERÉS

● La Fundación Española del Corazón, institución privada, sin ánimo de lucro, de carácter nacional, promovida por la Sociedad Española de Cardiología incorpora información ampliada para los pacientes relativa al infarto agudo de miocardio:

<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>

● La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición incluye en el espacio dedicado a pacientes información sobre colesterol:

<http://www.seen.es/pdf/pacientes/colesterol.pdf>

● La Sociedad Española de Patología Respiratoria incluye en el espacio dedicado a pacientes una guía de consejos sobre enfermedades respiratorias en la que un capítulo se destina al tabaco y los fumadores:

http://www.separ.es/doc/pacientes/enf_resp/Cap02.pdf