

PRESENTACION DE CASO**Infarto agudo del miocardio en el puerperio . Presentación de un caso****Acute Myocardial Infarction in Puerperium Stage. A Case Presentation**

Dra. Teresa Oliva Rivero¹, Dr. Israel Sotolongo Castro², Dra. Maria Victoria J6 Diaz¹.

¹Profesora Asistente. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. ²Profesor Titular y Consultante. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 38 años de edad, con antecedentes de padecer de hipertensión y ser fumadora, a la que se le presenta un infarto agudo del miocardio en el puerperio mediato de un parto eutócico. Fue atendida en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios respetando los principios de los cuidados básicos para estas pacientes. Se diagnosticó el infarto por el cuadro clínico, las alteraciones electrocardiográficas y enzimáticas. Se presenta el caso por ser una complicación poco frecuente y no muy reportada en la literatura revisada.

Palabras clave: Infarto del miocardio/diag; puerperio

ABSTRACT

A 38 year-old hypertensive, smoker female patient was presented. She suffered from an acute myocardial infarction in the mediate puerperium stage of an normal deliver. She was assisted in the Heart intensive care unit taking into consideration the basic care principles for this kind of patient. The infarct was diagnosed due to the clinical picture, and the electrographic alterations as well as the enzymatic alterations. The case is presented because it is a low frequency complication and it is not too much registered in the the medical literature revised.

Key words: Myocardial infarction /diag; puerperium

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo del miocardio en el puerperio es una afección inusual, pero con altos índices de mortalidad materna. En muchos casos es la arteriosclerosis la causa, pero a menudo las arterias coronarias se

conservan en buen estado, al demostrarse por estudios angiográficos⁽¹⁾. La incidencia del infarto agudo concomitando con el embarazo es de 1 por 10, 000 partos y es menos frecuente durante el puerperio, sobre lo que se reportan solamente 24 casos en la literatura internacional⁽²⁾.

Sin embargo, existen factores que deben analizarse y que pueden conducirnos al desarrollo de esta rara afectación durante el embarazo y el puerperio algunos de estos factores pueden ser la inducción del parto con la ergonovina o con el methergin utilizados frecuentemente durante el periodo expulsivo o en el propio alumbramiento.

Este problema de salud es más frecuente durante el tercer trimestre y en el puerperio; las pacientes primigestas y las que conciben por segunda vez son las más afectadas. También se han reportado casos de mujeres sin ningún factor de riesgo como: antecedentes de enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes mellitus, ser fumadoras crónicas, padecer de hiperlipidemia, usar anticonceptivos orales, tener trastornos de la coagulación, enfermedades del tiroides, trastornos del colágeno o historia previa familiar de infarto prematuro agudo del miocardio y ser además atléticas de 32 y 38 años, que, sin embargo han presentado la enfermedad.

El presente trabajo constituye el informe de una paciente en la etapa de puerperio de un parto eutócico que a los 15 días ingresó por un infarto agudo del miocardio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de color de piel blanca, casada, de 36 años de edad con antecedentes de dos partos

Recibido: 14 de septiembre de 2007

Aprobado: 19 de noviembre de 2007

Correspondencia:

Dra. Teresa Oliva Rivero.

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

anteriores, sin abortos, que ingresó en el Hospital provincial universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, por presentar dolor precordial intenso con irradiación al brazo izquierdo. La paciente se encontraba en puerperio mediato de un parto eutócico 15 días antes.

Antecedentes patológicos personales: Hipertensión arterial crónica (HTA crónica) de 5 años de evolución. Llevaba tratamiento con metildopa durante el embarazo.

A las 6 a.m del día del ingreso, después de amamantar a su recién nacido comenzó con dolor precordial intenso con irradiación al brazo izquierdo, además cefalea intensa. Por tal motivo acudió al cuerpo de guardia. A su ingreso presentaba dolor precordial con irradiación,

cifras tensionales elevadas de 130/100 mm Hg. y frecuencia cardíaca de 84 x min.

Examen físico: Se mantiene consciente, con cefalea, mucosas normocoloreadas y húmedas, mamas flácidas y secretoras. Útero involucionado, loquios ausentes .

Se discutió el caso en el colectivo de la guardia y se consideró que la paciente era portadora de infarto agudo del miocardio (IMA) e hipertensión arterial crónica grado II.

Se determinó con pronóstico grave por ser hipertensa, púérpera y además por su edad .

Se decidió aplicar la trombolisis urgentemente. Se mantuvo estable clínica y eléctricamente durante el proceso y tras él. (Figura 1.)

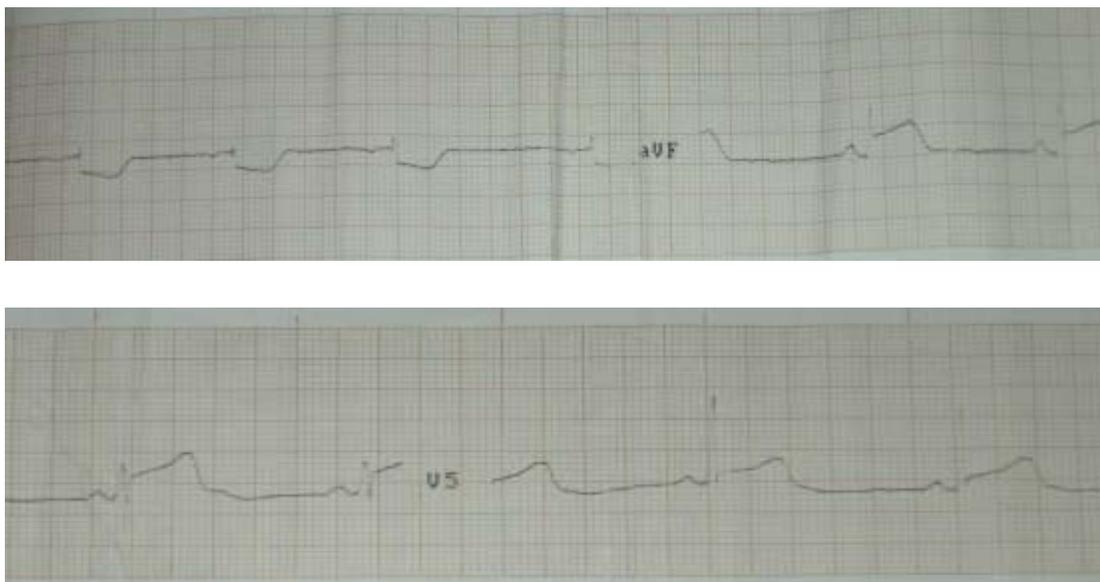


Figura 1.Electrocardiograma a su ingreso

Obsérvese el desplazamiento del segmento ST en D₂, D₃, AVF, V₅, V₆, V₇, V₈, y V₉.

Las indicaciones realizadas fueron: Monitorización eléctrica y enzimática(ACE-I), tratamiento con beta bloqueadores y ácido acetil salicílico (ASA).

Exámenes complementarios realizados antes de la trombolisis:

Rayos X de tórax en decúbito donde se observó cardiomegalia, rectificación del arco medio de la arteria pulmonar y ligera congestión pulmonar.

Transaminasa glutámico oxalacética: 48,9 uds. (elevadas)

Creatinina fosfoquinasa total: 73 uds. (elevadas)

Deshidrogenasa láctica: 863 uds. (elevadas)

Glicemia:5,0 mmol/L

Creatinina: 6,3 mmol/L

Ácido úrico:377 mmol/L c n 339 (elevado)

Transaminasa glutámico pirúvica:294 uds. normal

Bilirrubina total: 40,9 (elevada) Directa: 34,6 (elevada), Indirecta:6 (normal)

Hb: 13,0 g/L (normal) hto: 042 Tiempo de coagulación: 8 min.

Tiempo de sangramiento: 1 minuto y medio.

Leucograma 11,4 x 10⁹ (alto) segmentados 073 (elevado)

Tiempo de protrombina → 13 segundos ↑
 → 19 segundos

Se mantuvo con monitorización continua, dieta blanda y líquida, hipotensores (Atenolol, Enalapril y ASA) por 4 días . Por su evolución clínica, eléctrica y enzimática pasa a la sala de rehabilitación luego de 7 días de evolución clínica y después de realizado el electrocardiogra-

ma se decidió su egreso.

DISCUSIÓN

La presencia del síndrome agudo de las coronarias durante el embarazo es una afección inusual en las mujeres jóvenes. Su causa se puede dividir, desde el punto de vista etiológico, en dos principales grupos: mecanismos arterioscleróticos, mucho más común en mujeres de más de 35 años, y los mecanismos no arterioscleróticos, los espasmos coronarios y las trombosis⁽⁴⁾. El caso que presentamos tiene todos los factores de riesgo para el desencadenamiento de un infarto agudo del miocardio tales como la edad, hipertensión crónica, la paridad y el hecho de ser fumadora. La literatura internacional cita casos inusuales de infarto agudo durante el puerperio⁽⁵⁾. Esta rara complicación ocurre durante el embarazo o el puerperio en 1 por cada 10,000 partos y ocasiona una mortalidad de aproximadamente 30 %^(3,6).

El tratamiento de estas pacientes es engorroso y debe seguir los principios usuales de los cuidados del síndro-

me coronario^(7, 8), pero teniendo en cuenta que muchos estándares de tratamiento han surgido con algunas modificaciones. El caso que presentamos fue tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios siguiendo los principios de dichos cuidados y sobrevivió a pesar de su gravedad.

Es necesaria la implementación de estrategias de prevención secundaria del infarto del miocardio agudo en estas pacientes pues, si bien es cierto que el tratamiento agresivo, como es el caso, durante el episodio agudo ha sido consensuado y adoptado con entusiasmo, menor atención se ha brindado a las estrategias de prevención, y aunque estamos de acuerdo con la importancia de la prevención secundaria, los resultados de investigaciones sugieren que contradictoriamente muchas pacientes no reciben los cuidados profilácticos de óptima forma. Es de gran importancia que el médico de familia esté bien informado y participe de forma activa en las estrategias de tratamiento para la prevención secundaria de las complicaciones cardiovasculares y la mortalidad⁽⁶⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaithiparaphan V, Gorda RM, Khan IA, Reimers CD. Peripartum acute myocardial infarction: management perspective. *Am J Ther.* 2003 ;10(1):75-7.
2. Olivera Gracida L, Villareal Peral C, Hernández Olazabal JP. Myocardial infarction during puerperium. A case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex.* 2004;72:365-8.
3. Badui E, Rangel A, Enciso R, Espinosa R, Bermudez G, Luna P, et al. Acute myocardial infarction during pregnancy and puerperium in athletic women. Two case reports. *Angiology.* 1994;45(10):897-902.
4. O' Shanahan Navarro G, García Martul M, Santana Cabrera L, Eugenio Robaina P, Hernández Medina E, Sánchez Palacios M. Acute coronary syndrome without ST elevation during pregnancy. A case report. *Med Intensiva.* 2006; 30(4):180-2.
5. Sperry KL. Myocardial infarction in pregnancy. *J Forensic.* 1987;32(5):1464-70
6. Aglio LS, Jhonson MD. Anesthetic management of myocardial infarction in a parturient. *Br M Anaesthcs.* 2002;25:61-64.
7. ACE Inhibidor myocardial infarction Collaborative Group. Indication for ACE inhibitors in the early treatment of Acute Myocardial Infarction. *Circulation.* 1998;97:2202-12
8. Antman Elliot M, Braunwald E. Acute Myocardial infarction. *Harrinon´s Principles of Internal Medicine.* 14 ed. New York : Graw Hill Companies; 2003.p.12353- 65