



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

Nombre:

**Ana Lucia Hernández Sáenz
Diana Laura Abarca Aguilar
Oscar Miguel Sánchez Arguello
Jesús Alejandro Morales Pérez**

Materia: Farmacología II

Docente: Dr. Rodrigo Pacheco

Semestre: 4to "A"

Tema: Angina de pecho estable

Fecha: 08/06/2020

Bibliografía: Revista Española de Cardiología. 2012

CASO CLINICO SOBRE ANGINA DE PECHO ESTABLE

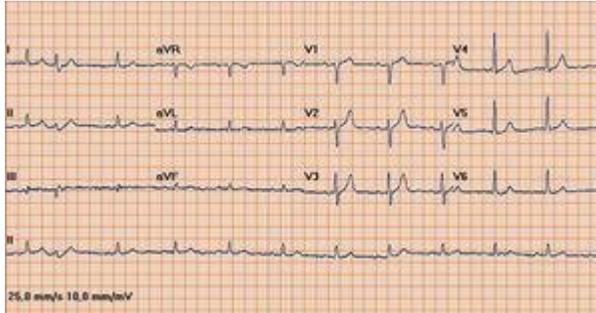
Varón de 60 años, remitido a la consulta externa de cardiología por el médico de familia por (dolor torácico al caminar desde hace medio año), es empleado de banca, sin alergias conocidas, fumador activo de una cajetilla al día desde 40 años antes y con antecedente de hipertensión arterial (HTA) mal controlada con tratamiento farmacológico. También sufre dislipemia y diabetes mellitus (DM), para la que toma hipoglucemiantes orales. No refiere otros antecedentes de interés y niega antecedentes familiares de cardiopatía. Su tratamiento habitual es amlodipino 5mg, simvastatina 40mg y metformina 850mg.

Durante el interrogatorio, el paciente explicó que, desde aproximadamente 4 meses antes, tenía dolor torácico de características opresivas, irradiado al cuello, con sensación acompañante de falta de aire, y que aparecía cuando realizaba esfuerzos moderados como subir más de dos pisos de escaleras o en momentos de estrés laboral importante; que esta molestia desaparecía tras reposar unos 5min, y que el nivel de esfuerzo al que se iniciaba no se había modificado. No presentaba síntomas que indicaran insuficiencia cardíaca y negaba tener palpitaciones. En cambio, sí tenía molestias en ambas pantorrillas cuando caminaba más de cuatro o cinco manzanas, y su mujer explicó que, desde hacía años, «ronca y se queda dormido leyendo el periódico».

La exploración física muestra obesidad de predominio central Talla: 167cm, peso: 100kg; IMC:35,8. PA: 155/95mgHg, FC:89 lpm. Tem°: 35.7, FR: 19 Lpm.

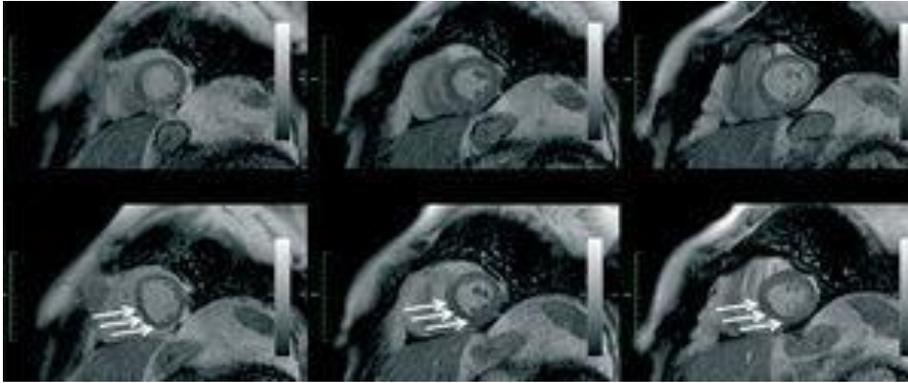
La auscultación cardíaca reveló tonos apagados, rítmicos, con soplo suave en la punta. Ambos hemitórax se expandían con normalidad y no había ruidos agregados a la auscultación respiratoria. El abdomen era globuloso y blando al tacto, sin signos de congestión venosa en el examen físico. Los pulsos se palpaban con normalidad y eran simétricos, salvo el pulso pedio de ambos pies, débil.

En la misma consulta se realizó un electrocardiograma (ECG), que muestra un ritmo sinusal con una extrasístole auricular: PR, 150ms; eje, 30°; QT, 360ms; ondas Q y T aplanadas en DIII



Con la sospecha diagnóstica de angina de primera presentación estable, y dadas su frecuencia cardiaca y sus cifras de presión arterial, se añadió ácido acetilsalicílico 100mg y bisoprolol 5mg a su tratamiento y se solicitó una prueba de esfuerzo, una analítica sanguínea completa, una radiografía y una ecocardiografía. También se solicitó valoración por neumología para el estudio de un posible síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

La ergometría resultó clínica y eléctricamente positiva para isquemia miocárdica al comienzo del tercer estadio. Una ecocardiografía (limitada por una ventana acústica deficiente) mostró un ventrículo izquierdo de aspecto globuloso, ligeramente dilatado y con ligera hipertrofia septal. Se detectó una marcada hipocinesia inferior y septal basal y una función sistólica general de ligera a moderadamente reducida. La aurícula izquierda estaba ligeramente dilatada y la válvula mitral, de aspecto normal, tenía una insuficiencia moderada central. La analítica sanguínea mostró que la función renal estaba alterada (urea, 10,2mg/dl; creatinina, 132mg/dl; filtrado glomerular, 49,4ml/min/m²). La glucohemoglobina era del 8,6% y el perfil lipídico mostraba colesterol total en 160mg/dl y trigliceridemia de 195mg/dl. La radiografía mostraba una discreta cardiomegalia y los campos pulmonares libres.



Sospecha diagnóstica basada en la historia clínica:

Los síntomas que explica el paciente, motivo por el cual su médico de cabecera lo deriva, indican un cuadro típico de angina de pecho. La angina estable es un síndrome clínico caracterizado por dolor torácico, normalmente de características opresivas, en ocasiones irradiado a la mandíbula, la espalda o los brazos, que aparece con el estrés físico o psíquico y mejora con el reposo o tras la administración de nitroglicerina. El término «angina» es un concepto esencialmente clínico. Para establecer el diagnóstico inicial, hay que tener en cuenta, además de los datos obtenidos de una cuidadosa anamnesis, la presencia de factores de riesgo cardiovascular y otras manifestaciones de aterosclerosis a otros niveles. En el caso que nos ocupa, el hecho de que sea un varón de mediana edad, fumador, hipertenso, dislipémico, diabético y con síntomas de claudicación intermitente hace muy probable que esta clínica se corresponda con una afección ateromatosa de las arterias coronarias.

Tratamiento:

El tratamiento médico de la angina debe dirigirse al alivio de los síntomas y, fundamentalmente, a mejorar el pronóstico del paciente reduciendo la incidencia de complicaciones trombóticas con pautas encaminadas a evitar el infarto de miocardio y la muerte.

En primer lugar, se debe prestar especial atención a las cuestiones relacionadas con el estilo de vida que pudieran haber contribuido al desarrollo de la enfermedad,

como la actividad física, el consumo de tabaco y los hábitos alimentarios. Tres aspectos que, en el caso de nuestro paciente especialmente, son primordiales.

Respecto al tratamiento farmacológico, se puede dividir entre el dirigido a mejorar el pronóstico y el encaminado al control de los síntomas. Dentro del primer grupo, el tratamiento antiagregante, salvo contraindicación, debe administrarse a todos los pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica con angina; el ácido acetilsalicílico a bajas dosis sigue siendo la piedra angular en la prevención de la trombosis. Las estatinas son excelentes fármacos para disminuir las cifras de colesterol.

En cuanto a los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), el tratamiento está indicado para pacientes con angina estable si además padecen HTA, DM, insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular, nefropatía diabética o no diabética, pero con proteinuria $> 0,5$ g/24h. Finalmente, los bloqueadores beta en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio antiguo también tienen un papel pronóstico.

En el segundo grupo, disponemos de un amplio arsenal terapéutico, cuya finalidad es disminuir la demanda de oxígeno del miocardio o aumentar el flujo sanguíneo a las zonas isquémicas. Los más empleados son los bloqueadores beta (en pacientes sin infarto de miocardio previo), los antagonistas del calcio y los nitratos, aunque en los últimos años se han añadido los inhibidores del nodo sinusal y algunos fármacos de acción metabólica

Pronostico:

El pronóstico a largo plazo de la angina estable es variable, y las opciones de tratamiento abarcan desde el simple control de los síntomas hasta estrategias más potentes y costosas para mejorar el pronóstico.