



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo:

**Resumen CARDIOPATIA ISQUEMICA GENERALIDADES /
CARDIOPATIA ISQUEMICA Y ANGINA DE PECHO**

Unidad I

**Nombre de la asignatura: Clínicas médicas
complementarias**

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 09 de Septiembre de 2020.

El miocardio recibe sangre arterial a través de dos arterias coronarias que salen de la arteria aorta poco después de su nacimiento.

- Coronaria izquierda
- Coronaria derecha

Cardiopatía isquémica

El concepto de cardiopatía isquémica incluye las alteraciones que tienen lugar en el miocardio debido a un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la demanda del mismo, en detrimento de aquel.

Aterotrombosis

Es una enfermedad inflamatoria crónica que se inicia con la disfunción del endotelio, fenómeno que facilita el paso del colesterol LDL al espacio subendotelial, que se oxida y esterifica y trata de ser fagocitado por macrófagos reclutados desde el torrente sanguíneo, pero que al no poder digerirlo completamente se transforman en células espumosas que acaban iniciando su apoptosis

Factores de riesgo: enfermedades cardiovasculares se enmarcan la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial periférica, hiperlipidemia, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y algunos otros como obesidad, Sx metabólico, inactividad física, estrés psíquico, factores genéticos, uremia y consumo de alcohol.

Prevención

Su prevención equivalente a la reducción de los factores de riesgo. La estrategia poblacional, basada en la educación sobre medidas higiénico-dietéticas generales, es la que permite una mayor reducción de la mortalidad, ya que la mayor parte de las muertes se producen en individuos con un perfil de bajo riesgo.

Efectos de la isquemia miocárdica

En algunos pacientes con estenosis coronarias graves, el miocardio dependiente de esa arteria no se necrosa, pero deja de contraerse para consumir la menor cantidad posible de oxígeno. Este tipo de miocardio se denomina “miocardio hibernado”.

Un concepto diferente es el de “miocardio aturdido”; este tampoco se contrae aunque no está necrótico. Se produce cuando la arteria coronaria que lo irriga se ocluye de forma aguda, y tras estar un tiempo prolongado ocluida (habitualmente pocas horas), se recanaliza.

Efectos eléctricos: Durante los episodios isquémicos se producen alteraciones electro-cardiográficas características que afectan a la repolarización (segmento ST y onda T). Las cicatrices de infartos previos suponen el asiento de circuitos de reentrada de la TV monomorfa.

Evaluación preoperatoria del riesgo cardiovascular

Los principales factores que influyen en el citado riesgo son los siguientes

- 1.- Tipo de cirugía
- 2.- Presencia de enfermedades cardíacas inestables
- 3.- La presencia de factores clínicos de riesgo perioperatorio

Estimación del riesgo: anamnesis y exploración, electrocardiograma preoperatorio, En pacientes programados para cirugía de alto riesgo es razonable realizar una evaluación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo antes de la intervención. Prueba de detección de isquemia, la coronariografía se indicará dependiendo de la presencia de indicación clínica.

Recomendaciones generales para limita el riesgo cardiovascular

- Antiagregación
- Anticoagulación

- Tx de arritmias
- B- bloqueantes
- Tx de la glucemia
- Tx de dolor

Riesgo cardiovascular en la mujer

En las mujeres menores de 40 años, con historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura en un primer o segundo grado (padres o hermanos).

Con historia personal de diabetes gestacional. Con historia personal de síndrome de ovario poliquístico.

Con historia familiar de diabetes en un primer o segundo grado. Con historia personal de tabaquismo actual o reciente.

Con antecedente de presión sanguínea mayor de 140/90 mmHg.

Con antecedente de colesterol total o lipoproteínas de baja densidad elevadas.

Con obesidad: índice de masa corporal igual o mayor de 30 y perímetro abdominal igual o mayor de 85 cm. Sedentarismo, falta de actividad física.

Dieta, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, mantenimiento y reducción de peso.

Intervención en mujeres de alto riesgo.

Es necesario prestar atención a los siguientes aspectos:

Estilo de vida.

Dieta o terapia de modificación de lípidos: niveles adecuados de lípidos y lipoproteínas.

Fármacos hipolipemiantes para disminuir el LDL-c.

Actividad física.

Nivel adecuado de presión arterial o farmacoterapia para hipertensión.

Control de diabetes mellitus.

Suspender el tabaquismo.

Cardiopatía isquémica

Angina de pecho

Angina estable/ clínica: La angina es la traducción clínica de una isquemia miocárdica transitoria, siendo su causa más frecuente la aterosclerosis coronaria.

Lo más característico de la angina estable es que esta clínica aparece siempre con esfuerzos de intensidad parecida en cada paciente. La clasificación de la Canadian Cardiovascular Society (CCS) se emplea para determinar dicho nivel de esfuerzo.

Exploración física

Datos inespecíficos: extratonos, desviación del latido de la punta, soplo de insuficiencia mitral, crepitantes pulmonares, xantomas (hiperlipidemia), signos de repercusión orgánica de la hipertensión, etc.

Es muy importante descartar la presencia de estenosis aórtica, cuya presentación clínica puede ser indistinguible de la de la angina estable (es una de las causas de angina por aumento de la demanda miocárdica de oxígeno).

Exámenes complementarios: pruebas de laboratorio, se recomienda realizar un perfil lipídico, una glucemia en ayunas (ambos deben realizarse periódica-mente), un hemograma completo y una creatinina sérica, Si se sospecha inestabilidad, deben determinarse los marcadores de necrosis (troponinas), así como las hormonas tiroideas supone que la alteración de la función tiroidea es la responsable del cuadro. Rx torácica (ante

sospecha de IC o ante la presencia de signos de enfermedad pulmonar). Electrocardiograma (se sugiere durante episodio de dolor). Ergometría o prueba de esfuerzo. Se considera la prueba de elección para la detección de isquemia en la mayoría de los pacientes, ecocardiografía de estrés, pruebas de cardiología nuclear, ecocardiografía en reposo, coronariografía.

Factores pronósticos de la cardiopatía isquémica

- Grado de enfermedad coronaria
- Gravedad de la isquemia
- Función del ventrículo izquierdo
- Presencia de arritmias ventriculares

Tratamiento de la angina estable

Mejoría pronóstica demostrada	Mejoría sintomática
<ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetilsalicílico (o clopidogrel) • Estatinas • IECA si existe enfermedad cardiovascular confirmada • β-bloqueantes si hay antecedente de IAM • Revascularización coronaria si está indicada • ¿Ivabradina? 	<ul style="list-style-type: none"> • β-bloqueantes • Calcioantagonistas • Nitratos • Ivabradina • Revascularización coronaria • Nicorandil • Ranolazina • Trimetazidina • Molsidomina • ¿Alopurinol? • Terapia del dolor

Tabla 9. Tratamiento de la angina estable

Tx farmacológico

Antiagregación: El ácido acetilsalicílico (AAS) o aspirina en dosis de 75-150 mg al día disminuye la incidencia de síndromes coronarios agudos en pacientes con angina estable.

Calcioantagonistas. Tanto el verapamilo como el diltiazem disminuyen la frecuencia cardíaca, lo que podría mejorar el pronóstico en pacientes con

antecedente de infarto de miocardio sin insuficiencia cardíaca (pues son inotroponegativos), aunque no deben asociarse a B-bloqueantes.

Estatinas. En estos pacientes las estatinas reducen el riesgo de infarto y la mortalidad, incluso con concentraciones normales de colesterol, debido a que parte de sus beneficios son por efectos independientes del descenso de colesterol (antiinflamatorio y anti-trombótico), por lo que han de indicarse a todos los pacientes.

Nitratos. La nitroglicerina sublingual para el alivio inmediato de los síntomas de la angina, o incluso para prevenir los episodios anginosos predecibles, es de gran utilidad, por lo que se debe indicar a los pacientes con angina estable.

Ivabradina. Se puede considerar un tratamiento antianginoso alternativo en pacientes que no toleran los B-bloqueantes, especialmente si la frecuencia cardíaca en reposo es elevada, y puede utilizarse en presencia de disfunción ventricular, pues este fármaco no tiene propiedades inotropas negativas.

B-bloqueantes. En pacientes con angina y antecedente de infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca han demostrado mejorar la supervivencia.

Angina inestable

Se engloba dentro de los llamados síndromes coronarios agudos, pues en la mayor parte de ellos existe una fisiopatología común, esto es, un fenómeno de rotura o erosión con trombosis subsiguiente en una placa de ateroma, a la que se añaden fenómenos de espasmo coronario y embolización distal de fragmentos trombóticos.

Dx: exploración física, ECG en reposo, marcadores bioquímicos, gammagrafía de reposo (útil en pacientes con mayor riesgo a pesar de ECG normal).

Antiagregación Tx: Ingreso hospitalario y reposo. Monitorización electrocardiográfica hasta 48 horas tras la revascularización, oxígeno mientras haya isquemia o saturación inferior al 90%. Para el tratamiento del dolor, pueden ser necesarias la morfina o la atropina para bradicardias o cuadros vagales. La antiagregación es parte fundamental del tratamiento y ha demostrado mejorar la supervivencia: ácido acetil salicílico + clopidogrel.

La anticoagulación parenteral está indicada en todos los pacientes con SCASEST: heparina no fraccionada intravenosa, enoxaparina, fondaparinux, bivalirudina.

El tratamiento antianginoso se realizará preferiblemente con B-bloqueantes en ausencia de contraindicaciones.

Isquemia silente y síndrome X (angina micro vascular)

La isquemia silente hace referencia a la demostración en el Holter de cambios electrocardiográficos sugerentes de isquemia miocárdica, pero que no se acompañan de dolor ni de otros síntomas.

El síndrome X (angina micro vascular) identifica a un grupo de pacientes con angina de esfuerzo (habitualmente de comportamiento estable, aunque no son raros los episodios de dolor en reposo) e isquemia demostrable en las pruebas de provocación, pero con arterias coronarias epicárdicas sin obstrucciones significativas.

Bibliografía

Grupo CTO. (3ED). Manual CTO de medicina y cirugía México: CTO