



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**



**Licenciatura en Medicina Humana**

**DOCENTE:**

DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

**ALUMNO:**

LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

**MATERIA:**

MEDICINA INTERNA

**UNIDAD:**

TERCERA

**TEMA:**

PATOLOGIA CARDIACA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 11 de mayo del 2021.

## **PATOLOGIA CARDIACA**

### **1. Angina Estable**

Caracterizada por la presencia de angina generalmente de esfuerzo cuyo patrón no se ha modificado durante el último mes. Puede ser la primera manifestación de enfermedad coronaria o aparecer tras un SCA. Se relaciona con el ejercicio físico, en especial si este se realiza tras las comidas o en un ambiente frío, o las emociones.

#### **Etiología**

La causa más frecuente es la aterosclerosis coronaria y la angina es la manifestación más frecuente de la cardiopatía isquémica.

#### **Fisiopatología**

Se da por una obstrucción coronaria determinada por una placa de ateroma, cuyo núcleo crece lentamente y llega a reducir de forma significativa el calibre del vaso, de tal forma que en situación basal o por debajo de un determinado nivel de requerimientos es capaz de mantener un aporte miocárdico adecuado, pero cuando se sobrepasa dicho umbral se muestra incapaz de satisfacer las necesidades que se están generando en ese momento, apareciendo isquemia miocárdica y como consecuencia alteración en la función contráctil, cambios en el electrocardiograma y angina como manifestación clínica.

#### **Cuadro clínico**

- Dolor opresivo retroesternal irradiado a brazo izquierdo, cuello, mandíbula o zona interescapular. Se acompaña de náuseas, vómitos, sudoración fría.
- Se desencadenarse con el esfuerzo o estrés emocional y cede con el reposo o con nitroglicerina sublingual.
- Debe presentar las mismas características, duración, intensidad y nivel de esfuerzo con el que se desencadenan los síntomas, y llevar sin cambios más de 1 mes. La duración del dolor suele ser inferior a 10-20 minutos.

#### **Clasificación de la Canadian Cardiovascular Society**

- **Grado I.** La actividad física habitual no causa dolor; este aparece con los esfuerzos extenuantes, rápidos o prolongados.

- **Grado II.** Limitación leve de la actividad física; el dolor aparece al caminar con paso normal más de dos travesías, subir más de un piso, caminar cuesta arriba o con frío o después de comer.
- **Grado III.** Limitación acusada de la capacidad funcional; el dolor se presenta al subir un piso o caminar con paso normal una o dos travesías.
- **Grado IV.** Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin la aparición de angina; el dolor puede aparecer en reposo.

### Estudios diagnósticos

- EKG, ecocardiografía doppler, prueba de esfuerzo, prueba de estrés, coronariografía.
- Laboratorios: glucosa, HbA1c, creatinina, perfil lipídico, hemoglobina y hormonas tiroideas.

### Tratamiento

Los objetivos es mejorar el pronóstico de los pacientes, limitar la progresión de la aterosclerosis coronaria, mejorar la calidad de vida y prevenir los episodios de angina. Cambios en el estilo de vida: control estricto de los factores de riesgo, diabetes, hipertensión, dislipidemia, eliminar el consumo de tabaco, realizar ejercicio, iniciar dieta libre de grasas saturadas.

### Tratamiento farmacológico de la angina estable

OBJETIVO	FÁRMACO	ALTERNATIVA
Alivio rápido de los síntomas	Nitroglicerina sublingual	
Tratamiento sintomático	b-bloqueantes  Si los síntomas no están controlados, se añadirá amlodipino	Diltiazem o verapamilo  Nitratos, ivabradina, ranolazina, trimetazidina, nicorandil
Mejoría del pronóstico	Aspirina, 100 mg/día 3  Estatinas  IECA si hay disfunción ventricular, HTA o DM  b-bloqueantes postinfarto o en caso de disfunción ventricular	Clopidogrel, 75 mg/día  Ezetimiba + dosis bajas de estatinas  ARA-II

## **Complicaciones**

Infarto al miocardio

### **Pronóstico**

Depende del estado de la función ventricular, la presencia y extensión de la isquemia miocárdica o la gravedad de las lesiones coronarias y la comorbilidad. La edad avanzada, el sexo masculino, la diabetes, la insuficiencia renal, el antecedente de infarto y la presencia de arritmias se asocian a un mal pronóstico.

## **2. Síndromes coronarios agudos:**

Caracterizadas por un inadecuado aporte de oxígeno miocárdico debido a la interrupción aguda (parcial o total) del flujo sanguíneo coronario. En la gran mayoría de los casos se deben a la obstrucción mecánica de la arteria por un proceso de aterosclerosis, el cual evoluciona hasta la rotura o erosión de la placa de ateroma, con la consecuente formación de un trombo intracoronario.

### **2.1 Angina inestable.**

Es toda aquella angina que no tiene característica de estable. Y muestra datos clínicos de progresión y/o complicación de una placa de ateroma. Hoy en día, se incluye dentro del llamado Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST).

### **Clasificación de angina inestable (Canadian cardiovascular Society)**

- Angina en reposo.
- Angina progresiva (aparece con mayor frecuencia, duración o intensidad de los síntomas, o a menor umbral de esfuerzo de lo habitual).
- Angina de reciente comienzo >1 ó 2 meses).
- Angina postinfarto (en el mes siguiente al evento).

### **Etiología**

Por acumulación de placa de ateromas

### **Fisiopatología**

Hay diferencias en las lesiones que se observan en la angina inestable y el IAM. El tamaño del trombo parece ser más pequeño en la angina inestable, al igual que se observa un revestimiento fibroso en la primera. Sin embargo, los fenómenos de formación de la placa, ulceración y trombosis son los mismos que los revisados en la fisiopatología de los síndromes coronarios agudos

### **Cuadro clínico**

- Inicio nuevo de angina intensa.

- Angina en reposo o con actividad mínima.
- Aumento reciente de la frecuencia e intensidad de la angina crónica.

### **Estudios diagnósticos**

- Ergometría.
- Ecocardiograma de esfuerzo / de estrés.
- Gammagrafía de perfusión miocárdica con isótopos.
- TAC de arterias coronarias.
- Coronariografía.

### **Tratamiento**

1. ASA 150 mg.
2. Enoxaparina
3. b- bloqueadores, IECAS /ARAS, espironolactona, etc.

### **Pronóstico**

Depende de cuántas arterias coronarias están enfermas, cuales están afectadas, y la gravedad con que están afectadas. El 30% de los pacientes con angina inestable presenta un infarto de miocardio dentro de los 3 meses siguientes a su inicio; la muerte súbita es menos frecuente. Los cambios electrocardiográficos significativos asociados con dolor torácico indican un riesgo más elevado de que el paciente presente infarto de miocardio o muerte.

### **2.2 Infarto agudo al miocardio con elevación del ST (STEMI).**

El IAM es un evento de necrosis miocárdica causado por una obstrucción coronaria sostenida que es secundaria a un síndrome isquémico inestable. El IAM se clasifica sobre la base de la presencia o ausencia de elevación del segmento ST en el ECG.

### **Etiología**

- Arterioesclerosis

### **Fisiopatología**

Ocurre cuando un coágulo de sangre (trombosis coronaria) obstruye una arteria previamente afecta por la arterioesclerosis. Al ocurrir esta obstrucción se suprime el aporte sanguíneo a esa zona y pasado un tiempo el tejido muere irreversiblemente (este proceso se denomina necrosis). La terminología «infarto de miocardio con elevación del segmento ST» hace referencia a cambios en el electrocardiograma que obligan a una apertura urgente de la arteria.

**Cuadro clínico**

- Dolor que se caracteriza por opresión y se irradia principalmente a brazo izquierdo.
- Similar al de angina, pero dura >20 minutos y no responde a nitroglicerina.
- Dificultad para respirar, sudoración, náuseas, palpitaciones o síncope.

**Estudios diagnósticos**

- EKG, ecocardiograma.
- Enzimas cardiacas, QS, Prueba de función renal.

**Tratamiento**

- Angioplastia coronaria.
- Trombólisis.