

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TEMA: CARDIOPATIA ISQUEMICA, GENERALIDADES

CARDIOPATIA ISQUEMICA, ANGINA DE PECHO.

PRIMER PARCIAL.

MEDICINA HUMANA.

CARDIOPATIA ISQUEMICA, GENERALIDADES.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en todo el mundo. En los países desarrollados se ha producido un cambio en las causas de mortalidad, ocupando un papel relevante las enfermedades crónicas no mortales, debido al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular.

En la mayoría de países desarrollados se ha producido un descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los últimos 20-30 años, aun así, la cardiopatía isquémica supone hasta un tercio de las muertes prematuras (las que se producen en menores de 65 años).

DEFINICION: 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. Puede manifestarse de diversas formas. **ETIOLOGIA:** Aterosclerosis de las arterias epicárdicas: es la causa más frecuente. Otras causas: Alteraciones de la microcirculación coronaria (angina microvascular o síndrome X), disfunción endotelial, etc. Espasmo coronario (angina variante, vasoespástica o de Prinzmetal): generalmente ocurre en zonas cercanas a pequeñas placas de ateroma, pero también pueden producirse por cocaína, ergotamina u otros vasoconstrictores. -Embolias coronarias, aneurismas de la aorta ascendente cuando se disecan proximalmente, o alteraciones congénitas de la anatomía coronaria. Aumento de las demandas por hipertrofia miocárdica: cardiopatía hipertensiva, estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, o por taquicardias. Disminución del aporte de oxígeno por anemia o elevaciones importantes de la carboxihemoglobinemia, etc. **FACTORES DE RIESGO:** Ninguna intervención en el ámbito de la farmacoterapia puede ni siquiera intentar competir en eficiencia con la modificación de los hábitos dietéticos y políticas de promoción de la salud.

Las principales medidas generales necesarias para conseguir un estado de salud cardiovascular óptimos en la población general son:

Evitar el hábito tabáquico.

Nivel adecuado de actividad física (al menos 30 minutos/día).

Dieta saludable.

Evitar el sobrepeso.

Controlar la presión arterial en niveles inferiores a 140/90 mmHg en toda la población.

Colesterol total inferior a 200 mg/dl en toda la población.

Dentro de las enfermedades cardiovasculares se enmarcan la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial periférica. El principal marcador de riesgo para las enfermedades cardiovasculares es la edad. Otro marcador importante es el sexo masculino. Sobre estos dos factores no es posible ningún tipo de acción, esto es, son factores de riesgo no modificables. El aumento de la esperanza de vida es, por tanto, uno de los elementos que ha influido en el incremento de incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica en la población general. Son factores de riesgo de cardiopatía isquémica indiscutibles el tabaquismo, hipercolesterolemia (colesterol total superior a 200-220 mg/dl, colesterol-LDL mayor de 160 mg/dl, y/o colesterol HDL inferior a 35 mg/dl), la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. El grosor íntima-media carotídeo aumentado, determinado mediante ecografía, es un importante marcador del pronóstico cardiovascular, si bien su empleo como diana terapéutica no está tan validado. Estudios recientes sobre la eficacia de las diversas medidas empleadas en cardiología preventiva demuestran que la prevalencia de cifras altas de colesterol está disminuyendo de forma significativa y, sin embargo, la de tabaquismo o la de hipertensión arterial no se modifican significativamente y, además, se aprecia un aumento en la prevalencia de diabetes, y de forma dramática en la de obesidad. PREVENCIÓN: La meta ideal es la prevención del aterosclerosis más que su tratamiento, siendo 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 (que son la mayoría de la población).

CARDIOPATIA ISQUEMICA. ANGINA DE PECHO.

ANGINA ESTABLE: La angina es la traducción clínica de una isquemia miocárdica transitoria, siendo su causa más frecuente la aterosclerosis coronaria. El paciente característico es un varón de más de 50 años, con factores de riesgo coronario (tabaquismo, diabetes, dislipidemia, hipertensión) que presenta, cuando realiza ejercicio de una determinada intensidad o padece estrés emocional, opresión retroesternal que comienza progresivamente y desaparece paulatinamente con el reposo o la nitroglicerina sublingual, durando los episodios generalmente menos de diez minutos. Cuando sólo aparecen dos de esas tres características se habla de angina atípica (probable). Esta opresión o pesadez puede irradiarse a otras zonas (miembros superiores hasta los dedos, precordio, mandíbula o dientes, interescapular) y acompañarse de otros síntomas como disnea o cuadro vegetativo (sudoración fría, ansiedad, náuseas, astenia, sensación de muerte inminente, etcétera.). El dolor de origen coronario rara vez se localiza por debajo de la región umbilical o por encima de la mandíbula. El dolor agudo o migratorio, o cuando es sordo y prolongado, localizado en la región submamaria, frecuentemente a punta de dedo, rara vez se debe a isquemia miocárdica. Existen otras situaciones que producen dolor torácico y que requieren diagnóstico diferencial con la angina de pecho.

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.

- La angina sólo ocurre ante esfuerzos extenuantes. No limitación vida normal.
- Limitación ligera de la actividad física. La angina aparece al andar rápido o subir escaleras o cuestas. Se puede andar más de una o dos manzanas o subir un piso de escaleras
- Limitación marcada de la actividad física. La angina aparece al andar una o dos manzanas o al subir un piso de escaleras.
- Incapacidad para realizar ninguna actividad sin angina. Este síntoma puede aparecer en reposo.

Factores pronósticos en la cardiopatía isquémica: Se considera alto riesgo de mortalidad en pacientes con angina estable si la estimación de mortalidad anual

supera el 2%, y bajo riesgo si es menor del 1 %. Son factores de mayor riesgo: Grado de enfermedad coronaria. Cuantos más vasos estén afectados, peor pronóstico. La afectación del tronco coronario izquierdo es de mal pronóstico. Cuando únicamente está afectado un vaso, el de peor pronóstico es la afectación de la descendente anterior proximal, cuya estenosis significativa en la enfermedad multivaso también lo ensombrece.

Gravedad de la isquemia. Indican peor pronóstico: La angina inestable (reciente, en reposo o progresiva) presenta peor pronóstico que la estable.

Alteraciones electrocardiográficas en reposo.

Ergometría positiva precoz (la ergometría u otra técnica de detección de isquemia con una intención de evaluación pronóstica debe realizarse a todos los pacientes sintomáticos, salvo que esté indicada la coronariografía directa).

Si aparece hipotensión arterial con datos de isquemia durante la ergometría.

Si con pruebas isotópicas se demuestran defectos extensos de perfusión.

Si aparecen extensas alteraciones de la contractilidad y disminución de la fracción de eyección en la ecocardiografía de estrés.

Si un paciente con angina presenta múltiples episodios de isquemia silente.

Función del ventrículo izquierdo. La FEVI deprimida o los síntomas y signos de insuficiencia cardíaca implican peor pronóstico.

Presencia de arritmias ventriculares, sobre todo si existen antecedentes de infarto o disfunción ventricular.

Otros factores: edad avanzada; diabetes, hipertensión arterial, síndrome metabólico, hipercolesterolemia o tabaquismo no tratados; antecedente de infarto de miocardio, de enfermedad vascular periférica o carotídea o de insuficiencia renal.

Tratamiento de la angina estable: El tratamiento de la angina estable pretende mejorar la supervivencia y controlar los síntomas.

Mejoría pronóstica demostrada:

- Ácido acetilsalicílico (o clopidogrel)
- Estatinas
- IECA si existe enfermedad cardiovascular confirmada
- Betabloqueantes si hay antecedente del AM

- Revascularización coronaria si está indicada
- ¿Ivabradina?

Mejoría asintomática:

- Betabloqueantes.
- Calcioantagonistas
- Nitratos
- Ivabradina
- Revascularización
- coronaria
- Nicorandil
- Ranolazina
- Trimetazidina
- Molsidomina
- ¿Alopurinol?
- Terapia del dolor

Revascularización: Revascularización coronaria

La mayoría de pacientes de alto riesgo a los que se realiza una coronariografía en la que se detectan estenosis graves en las coronarias epicárdicas principales son potenciales candidatos a la revascularización. Está indicada cuando la angina no se controla adecuadamente con tratamiento farmacológico, cuando hay disfunción ventricular izquierda secundaria a la isquemia o cuando existe un territorio miocárdico sustancial en riesgo determinado en las pruebas no invasivas. Así, en pacientes de alto riesgo, incluso en presencia de escasos síntomas anginosos, la revascularización muestra mejor pronóstico que el tratamiento médico.

Se revascularizará únicamente si el miocardio es viable, pues si es tejido necrótico no van a mejorar ni los síntomas, ni la función miocárdica ni el pronóstico. Es necesario evaluar las posibilidades de éxito de la intervención y los riesgos que conlleva antes de tomar una decisión, debido a que, en ocasiones, aún existiendo indicación teórica no se realizará (por ejemplo, por riesgo extremo de la intervención o estenosis muy difusas con malos lechos distales).

El objetivo del procedimiento es doble: aliviar los síntomas y, en ocasiones, mejorar el pronóstico. Existen dos métodos de revascularización: percutánea o mediante cirugía. En pacientes de alto riesgo la cirugía ha manifestado un mejor pronóstico que la angioplastia simple, si bien esa diferencia se reduce con el empleo de las técnicas modernas de revascularización percutánea. En cuanto a la mejoría de la angina, ambas técnicas son igualmente eficaces, aunque la necesidad de revascularización posterior parece ser mayor en los tratados de forma percutánea.

Bibliografía:

Rafael Salguero Bodes (2017). Manual de Cardiología. Madrid: editorial grupo CTO