



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“CARDIOPATÍA ISQUEMICA GENERALIZADA”

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DE SAZ.

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

CARDIOPATIA ISQUEMICA GENERALIDADES

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.

Aterosclerosis de las arterias epicárdicas: es la causa más frecuente; Alteraciones de la microcirculación coronaria; Espasmo coronario; Aumento de las demandas por hipertrofia miocárdica; Disminución del aporte de oxígeno por anemia o elevaciones importantes de la carboxihemoglobinemia; Embolias coronarias, aneurismas de la aorta ascendente cuando se disecan proximalmente, o alteraciones congénitas de la anatomía coronaria.

Factores de riesgo para la aterosclerosis.

El principal marcador de riesgo para las enfermedades cardiovasculares es la edad. Otro marcador importante es el sexo masculino. Son factores de riesgo de cardiopatía isquémica indiscutibles el tabaquismo, la 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.

Prevención.

La meta ideal es la prevención de la 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

Riesgo cardiovascular en la mujer.

La valoración de riesgo cardiovascular está recomendada para mujeres con factores de riesgo cardiovascular o con alto riesgo de desarrollar diabetes.

Dieta: Se debe recomendar una dieta saludable para disminuir los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, sugiriendo sea apropiada a la cultura local, consumiendo sólo la energía necesaria para evitar el sobrepeso y la obesidad.

Actividad física: Las mujeres deben practicar mínimo 30 minutos de actividad física de intensidad moderada (caminar rápido) en la mayoría, o de preferencia, todos los días de la semana.

Tabaquismo y consumo de alcohol: A las mujeres que fuman se les debe recomendar la interrupción del hábito y se les invita a programas sobre suspensión del tabaquismo.

Mantenimiento y reducción de peso: Las mujeres deben mantener o disminuir el peso buscando un balance apropiado de actividad física, ingesta calórica y programas formales de comportamiento, a fin de alcanzar un índice de masa corporal que oscile entre 18,5 y 24,9 kg/m² y un perímetro abdominal menor o igual a 85 centímetros.

Detección de factores de riesgo: Evaluar el estilo de vida es la mayor prioridad en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.

Historia clínica:

- Edad.
- Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.

Exploración física:

- Peso.
- Talla.
- Índice de masa corporal.
- Distribución de la grasa corporal.
- Presión arterial.
- Perímetro de cintura.
- Soplos carotídeo o cardíaco, pulsos poplíteo, pedio y tibiales posteriores.

Estudios de laboratorio:

- Nivel de glucosa.
- Perfil de lípidos: LDL-c, HDL-c, triglicéridos, colesterol total.

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.

Exámenes complementarios.

Electrocardiograma (ECG). El ECG en reposo puede ser normal (hasta en casos graves), aunque pueden existir alteraciones como hipertrofia ventricular, bloqueos de rama, ondas Q de infartos previos, arritmias, etc. Lo más útil es detectar cambios en el ECG realizado durante un episodio de dolor con respecto al ECG basal: la alteración más típica son los cambios dinámicos (generalmente descenso) del segmento ST, aunque en la angina variante de Prinzmetal (vasospástica) aparece ascenso del ST.

Ergometría o prueba de esfuerzo. Se considera la prueba de elección para la detección de isquemia en la mayoría de los pacientes. Durante ejercicio progresivo en cinta rodante o cicloergómetro y con diversos protocolos (Bruce, Naughton, etc.) se valora la capacidad funcional, la presencia de síntomas, las alteraciones en el ECG, la respuesta de la presión arterial y la presencia de arritmias desencadenadas por el esfuerzo.

Tratamiento 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. El clopidogrel, en dosis de 75 mg diarios, es de elección en pacientes en los que está contraindicada el AAS o no la toleran. Deben evitarse los inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) por aumentar los episodios de trombosis coronaria, y si se emplean antiinflamatorios no esteroideos (AINE) clásicos (preferiblemente diclofenaco, pues el ibuprofeno o el naproxeno bloquean la inactivación irreversible de la COX-1 que se obtiene con AAS), se recomienda asociar AAS a la dosis antiagregante.

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 antitrombótico), por lo que han de indicarse a todos los pacientes, y en dosis altas si existe riesgo elevado.

IECA. Deben emplearse en los pacientes con angina estable que además padecen diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular asintomática o si hay antecedente de infarto de miocardio.

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

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.

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.

Angina inestable.

La 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.

Diagnóstico: Esta enfermedad se sospecha ante la presencia de angina con datos de inestabilidad. La **exploración física** puede ser normal, aunque a veces aparecen datos similares a los descritos en la angina estable. El **ECG de reposo** debe realizarse en los primeros diez minutos. Los cambios dinámicos en el segmento ST y en la onda T son sugerentes de isquemia.

Marcadores bioquímicos: En la actualidad es de elección una troponina cardioespecífica (hasta un tercio de pacientes con CPK-mb normal muestran elevación de troponinas), que debe determinarse a la llegada del paciente, y si es negativa, repetirse a las 6-12 horas (salvo que hubiesen pasado más de 12 horas desde el cuadro de angina), y ante nuevos episodios de dolor.

Tratamiento.

- *Ingreso hospitalario y reposo.*
- *Monitorización electrocardiográfica* hasta 48 horas tras la revascularización, oxígeno mientras haya isquemia o saturación inferior al 90%.
- *Antiagregación*
- *Anticoagulación parenteral* está indicada en todos los pacientes con SCASEST
- El tratamiento *antianginoso* se realizará preferiblemente con β -bloqueantes en ausencia de contraindicaciones (y de insuficiencia cardíaca aguda), particularmente en caso de taquicardia o hipertensión (suele ser suficiente iniciarlos de forma precoz por vía oral), a lo que es habitual añadir nitratos orales

intravenosos para el control agudo de los síntomas (recordando cambiar lo antes posible a una posología apropiada para evitar la tolerancia).

Bibliografía

Manual CTO de Medicina y Cirugía. 3ª Edición. Grupo CTO editorial.