

Editorial: Hospital Metropolitano
ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303
Edición: Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre
DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/18-20>
URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/337>
Pág: 18-20

Cardiopatía Isquémica

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares comprenden un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen; cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatía periféricas cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas y embolias pulmonares.

Son la principal causa de muerte a nivel mundial y de al menos tres cuartas de las defunciones en los países de ingresos bajos y medios afectando cada vez más a personas menores de 70 años, económicamente activas, contribuyendo a la pobreza de las familias y elevando los gastos sanitarios.

Las enfermedades cardiovasculares causaron el 37% de todas las muertes en España, y correspondieron al 34% de las muertes en varones y al 43% en mujeres. En los Estados Unidos de América se producen cada año alrededor 1,5 millones de infartos agudos de miocardio y, en Europa ocasiona 4 millones de muertes anuales. En América Latina, representan 31% de todas las muertes y aproximadamente la mitad de las relacionadas con enfermedades no transmisibles en el año 2000 se debieron a enfermedades cardiovasculares y se estima que estas continuarán siendo la principal causa de defunciones en nuestra región en las próximas décadas. En una investigación realizada por la OMS las enfermedades cardiovasculares son las primeras causas de mortalidad en el Ecuador, donde se reportan que las cardiopatías isquémicas pertenecen al 10.3%.

La cardiopatía isquémica es una enfermedad cardíaca producida por una alteración fisiopatológica secundaria debido a un desequilibrio entre la deman-

da y aporte de oxígeno del músculo cardíaco, una de las principales causas de cardiopatía isquémica es la aterosclerosis debido a un endurecimiento de las arterias, en la cual esta dificulta significativamente la circulación de la sangre. Entre los síntomas característicos de esta patología se encuentra: angina de pecho, dolor en el cuello o mandíbula, dolor en el hombro o brazo, disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, diaforesis y taquicardia arritmica.

Dentro los factores principales que desencadenan la cardiopatía isquémica se encuentra: edad, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y la dislipidemia.

Principales tipos de cardiopatía isquémica:

Infarto Agudo de miocardio: Muerte de células cardíacas provocada por la isquemia resultante del desequilibrio entre la demanda y el aporte de riego sanguíneo por la circulación coronaria.

Angina de Pecho Estable: Dolor en el tórax ocasionado por miocardiopatía isquémica.

Angina de pecho inestable: Obstrucción aguda de una arteria coronaria sin in fallo de miocardio.

Para el diagnóstico solicitamos a más de las pruebas básicas de laboratorio y electrocardiograma, estudios de imagen complementarios como ecocardiograma recomendado en todos los pacientes para valorar la función sistólica global ventricular, prueba de esfuerzo para determinar el diagnóstico y pronóstico de aquellos pacientes con angina estable, ergometría utilizado para describir la probabilidad que tiene un paciente de sufrir una enfermedad coronaria.

El tratamiento incluye medidas generales como cambios en el estilo de vida, evitar consumir tabaco y realizar actividad física, evitar factores desencadenantes de angina, dieta estricta, bajo en grasas, control de presión arterial, diabetes, control de peso, control lipídico, evaluar factores psicosociales.

Como tratamiento farmacológico se puede utilizar terapia antiagregante plaquetaria, calcio-antagonistas para disminuir la demanda miocárdica de oxígeno o betabloqueantes para disminuir el consumo miocárdico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 83 años de edad; sexo masculino, con antecedentes patológicos personales de Miocardiopatía Isquémica Crónica, Hipertensión Arterial desde hace 40 años en tratamiento con enalapril 10 mg cada 12 horas, consumidor de alcohol ocasional es ingresado en el área de Emergencias de nuestra casa de salud, por presentar dolor retroesternal, de tipo opresivo irradiado a hombro izquierdo con una duración de 5 a 10 minutos, paciente refiere que desde hace 2 meses presenta un mal control en su presión arterial con cifras superiores a 190/95 mm Hg por incumplimiento de la secuencia del tratamiento médico, además presenta disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, deterioro cognitivo, y taquicardia arrítmica de tres días de evolución acompañado de mareo y diaforesis.

Al examen físico se observa somnoliento, orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15, irritable al contacto, angustiado, piel pálida, diaforético. Temperatura: 36,0°C, FR 10 rpm, FC 130 latidos por minuto, TA 190/95 mmHg, SatO₂ 85, Peso: 61kg Talla: 1,69cm IMC: 21, perímetro abdominal de 94cm, a la auscultación pulmonar presenta estertores crepitantes en ambas bases, y a la auscultación cardíaca ruidos cardiacos arrítmicos e hipofonéticos, portador de cardiodesfibrilador en la región supraclavicular izquierda.

Analítica

Biometría hemática: Hemoglobina 11.8, Hematocrito 33.4, Tiempo de protrombina (TP) rNR 14.3 1.20, Neutrófilos% 70.0, Glucosa 77, Urea 52.70, Creatinina 1.65, Ácido Úrico 4.6, Triglicéridos 69, Colesterol 220 mg/dl. Cloro 103, Potasio 3.28, Sodio 139.

Ecodoppler: Miocardiopatía dilatada con moderada hipertrofia ventricular izquierda. Función sistólica ventricular izquierda ligeramente deprimida (42%) con alteraciones regionales de la contracción de la contractilidad en pared inferior y lateral. Presencia

de cables de marcapasos en cavidades derechas, no se encuentra derrame pericárdico.

Electrocardiograma: Paciente presenta un Ritmo de marcapasos a 130 latidos por min uLO.

Tratamiento: Clopidroguel 75 mg vía oral cada día, Enalapril 10 mg vía oral cada 12 horas, Simvastatina 40 mg cada día Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica Estable por la clínica que presentó el paciente y los hallazgos electrocardiográficos.

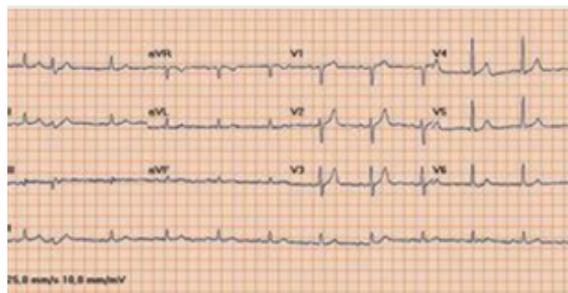


Figura 1. Trazado electrocardiográfico basal del paciente.

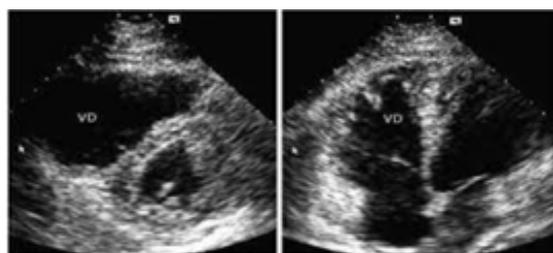


Figura 2. Ecodoppler

DISCUSIÓN

Sospecha diagnóstica basada en la historia clínica, en la cual, para establecer el diagnóstico inicial, además de tener en cuenta, los datos obtenidos de la anamnesis, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, el hecho de que sea un varón de edad avanzada, hipertenso, y una vez analizado los exámenes de laboratorio, ecodoppler y electrocardiograma, realizados al paciente se estableció el diagnóstico definitivo de Cardiopatía Isquémica Estable. Cómo sabemos el objetivo del tratamiento en la cardiopatía isquémica estable es doble: mejorar el pronóstico evitando el infarto de miocardio y la muerte, y conseguir alivio sintomático, en este caso se observó que nuestro paciente se encontraba hemodinámicamente estable, luego de haber recibido tratamiento inicial antiplaquetario a base de Clopidroguel mejorando satisfactoriamente su cuadro clínico, no presentó ningún efecto secundario con el tratamiento que se le administró obteniendo una respuesta y evolución satisfactoria, recibiendo el alta

una vez controlado su enfermedad cardiovascular y los factores desencadenantes, con indicaciones en cambios en el estilo de vida y cumplimiento estricto de tratamiento. El paciente fue derivado a consulta externa para su seguimiento.

CONCLUSIONES

- La determinación de los factores de riesgo cardiovasculares y su intervención temprana en los mismos aumenta la expectativa de vida en personas que se encuentran en riesgo de sufrir cardiopatía isquémica y ello representa un ahorro en los gastos de salud y del paciente.
- Aunque los scores de riesgo cardiovascular son ayuda importante para el manejo preventivo, debe ser complementada con la valoración individual de cada paciente primando el criterio médico para su abordaje.
- Un Diagnóstico oportuno de cardiopatía isquémica mejora la calidad de vida y disminuye su morbilidad y mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Alcalá López J, Maicas Bellido C, Hernández Simón P, Rodríguez Padial P.** Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine*. 2017; 16(36): p. 2145-52.
2. **Conde Cerdeira Héctor, Céspedes Lantigua Luis A., Obregón Santos Ángel G, Miranda Santana Mileidys.** Manejo de la angina de pecho en el consultorio del Médico de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2000 Dic; 16(6): 598-605. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600012&lng=es.
3. **Ignacio FG.** Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista Española de Cardiología*. 2014 Feb; 67(2): p. 139-144.

Martha Parra Parra¹
Médico
Ecuador

Investigadora Independiente

 <https://orcid.org/0000-0001-6087-6141>