Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención

J.E. Alcalá López*, C. Maicas Bellido, P. Hernández Simón y L. Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Palabras Clave:

- Cardiopatía isquémica
- Factores de riesgo
- Prevención cardiovascular

Resumen

Epidemiología y clasificación. La cardiopatía isquémica es una enfermedad muy prevalente a nivel mundial, con una importante mortalidad e impacto en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Sus dos formas clínicas generales de presentación (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) tienen mecanismos fisiopatogénicos distintos, lo cual implica una actitud terapéutica diferente.

Factores de riesgo. La principal causa de la cardiopatía isquémica es la aterosclerosis coronaria, patología muy relacionada con los llamados factores de riesgo cardiovascular, entre los que destacan la edad, el sexo, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus y la dislipidemia.

Prevención. La prevención de la enfermedad se puede realizar a nivel poblacional, mediante la instauración de hábitos de vida saludables en todas las personas y a nivel individual en un paciente concreto. Para el cálculo del riesgo absoluto de mortalidad por enfermedad cardiovascular hay diferentes escalas. La Sociedad Europea de Cardiología recomienda el uso del sistema SCORE, cuyas tablas varían según el riesgo cardiovascular de los diferentes países que en España es bajo. Es importante conocer los valores objetivo que hay que alcanzar para controlar cada factor de riesgo que, en el caso de la dislipidemia, cambiará según el riesgo individual de cada persona.

Keywords:

- Ischaemic heart disease
- Risk factors
- Cardiovascular prevention

Abstract

Ischaemic heart disease: concept, classification, epidemiology, risk factors, prognosis and prevention

Epidemiology and classification. Coronary heart disease is highly prevalent worldwide, has a considerable rate of mortality and a serious impact on the quality of life of the patients suffering from it. Its two general clinical forms of presentation (stable coronary heart disease and acute coronary syndrome) have distinctive physiopathogenic mechanisms, which lead to different therapeutic approaches.

Risk factors. The primary cause of coronary heart disease is coronary atheroschlerosis, a pathology which is highly related to cardiovascular risk factors, among which age, gender, high blood pressure, smoking, diabetes mellitus and dyslipidaemia are of note.

Prevention. Prevention of this disease may be undertaken through the introduction of healthy lifestyles for the population as a whole, and individually for a specific patient. Several risk scales have been designed to estimate the absolute risk of mortality from cardiovascular disease. The European Society of Cardiology recommends the use of the SCORE system, where the risk charts vary according to the cardiovascular risk of different countries, which in Spain is low. It is important to know which objective values are to be obtained to control each risk factor. In the case of dyslipidaemia this will change in accordance to the individual risk of each person.

*Correspondencia

Correo electrónico: jealcalalopez@gmail.com

Concepto

La cardiopatía isquémica se puede definir como la enfermedad cardíaca producida como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco.

La causa más frecuente de cardiopatía isquémica es la enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias epicárdicas, tanto en su forma de presentación crónica (placas estables en la pared del vaso que disminuyen el diámetro de su luz) como en la forma aguda de síndrome coronario agudo (SCA) (fisura y trombosis de una placa inestable). La palabra aterosclerosis se refiere al concepto clásico de engrosamiento y endurecimiento de las arterias, fenómeno que puede aparecer en cualquier lugar del organismo. Debido a que supone más del 90% de los casos de isquemia miocárdica en la práctica clínica, nos dedicaremos a esta enfermedad durante la mayor parte de esta actualización.

Existen no obstante otros muchos mecanismos relacionados con la circulación coronaria que pueden dar lugar a isquemia miocárdica y que se pueden observar con frecuencia en la clínica, como son alteraciones de la microcirculación coronaria (angina microvascular o síndrome X cardíaco), disfunción endotelial, espasmo coronario, embolia coronaria, disección coronaria espontánea, disección aórtica que afecta al origen de una coronaria, anomalías congénitas de la circulación coronaria, vasculitis, etc., patologías que serán revisadas en otros apartados de esta unidad temática.

Es importante señalar que hay incluso situaciones fisiopatológicas en las que, sin existir una alteración en la circulación coronaria, se origina isquemia miocárdica; ello puede ser debido a un aumento de las demandas miocárdicas de oxígeno (como puede ocurrir en la estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular, hipertensión pulmonar, estenosis pulmonar, taquicardias, hipertiroidismo, sepsis, etc.) o a una disminución del aporte de oxígeno al miocardio (por anemia grave, hipoxemia o hipovolemia agudas, etc.)[1].

El miocardio sometido a isquemia sufre una serie de alteraciones bioquímicas que conllevan alteraciones en la función mecánica (sístole y diástole); así, ante un aporte reducido de oxígeno, las células desplazan el consumo energético hacia procesos básicos para su subsistencia, por lo que la energía disponible para la contracción-relajación se ve muy reducida. Eso produce primero alteración de la relajación (disfunción diastólica) y luego en la contractilidad (hipoquinesia o aquinesia) de esa zona del miocardio. Posteriormente en el tiempo aparecerán alteraciones eléctricas que podremos detectar en el electrocardiograma (ECG), y finalmente se presentará la clínica (dolor o equivalente anginoso), completando lo que ha venido en llamarse desde hace tiempo la «cascada isquémica».

Por último, existen dos conceptos que conviene definir al hablar de isquemia miocárdica:

1. Miocardio hibernado. Miocardio hipocontráctil por reducción crónica del flujo coronario, que ante la activación inotropa y/o cronotropa mejora su contractilidad a expensas de activar rutas metabólicas alternativas. Es un tejido viable que al revascularizar mejora en su función contráctil.

2. Miocardio aturdido. Miocardio que ha sufrido un evento isquémico agudo y que mantiene su hipocontractilidad a pesar de haberse restablecido el flujo. Es un proceso ligado a lesión por radicales libres inherentes al daño por reperfusión. También es viable, y su recuperación funcional es lenta y progresiva.

Clasificación

La forma de manifestarse la isquemia miocárdica en la práctica clínica nos da la base para realizar su principal clasificación. Basándonos en ello, hay una forma clínica crónica y estable de presentación de la enfermedad, y otra forma aguda (SCA) que tiene mecanismos fisiopatogénicos diferentes a la forma crónica y que precisa un manejo clínico y tratamiento específicos.

No obstante, en ocasiones la transición entre ambos síndromes (especialmente de estable a inestable) es un proceso continuo que no tiene límites claros. Ello se evidencia especialmente con el reciente uso en la clínica de troponinas cardíacas ultrasensibles (TnUS), ya que episodios mínimos de liberación de troponina (inferior al umbral establecido para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio) ocurren con frecuencia en pacientes con cardiopatía isquémica estable, lo cual tiene incluso implicaciones pronósticas[2].

En otros casos, la distinción entre ambos grupos de cardiopatía isquémica es meramente terminológica, como ocurre con el vasoespasmo coronario, que en algunas guías de práctica clínica se incluye entre las causas de SCA pero no en otras.

Pasaremos a analizar los dos grandes síndromes de la cardiopatía isquémica, analizando aspectos de su patología:

Cardiopatía isquémica estable

Se incluye en este grupo a pacientes con manifestaciones clínicas crónicas, con un patrón no progresivo o bien pacientes que refieren síntomas por primera vez pero se cree que podrían deberse a un estado estable y crónico de la enfermedad. En este grupo de pacientes estables en las guías de práctica clínica hoy día se incluye además a un grupo numeroso de pacientes, que son los que permanecen asintomáticos tras haber sufrido un infarto que ha sido revascularizado de forma parcial o completa[3].

La angina es la manifestación inicial en aproximadamente la mitad de todos los pacientes con cardiopatía isquémica y su presencia dobla el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares mayores[4]. Clínicamente cursa como un dolor centrotorácico opresivo que en el caso de la angina de esfuerzo típica se desencadena con esfuerzo o estrés y se alivia con el reposo o con nitroglicerina. Recordar que son frecuentes las presentaciones atípicas (dolor en la espalda, epigastrio, disnea, etc.) o incluso la ausencia de síntomas (isquemia silente), lo cual ocurre con frecuencia en pacientes diabéticos y ancianos[5]. En ocasiones, la enfermedad coronaria se diagnostica tras evi-

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/5681337

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/5681337

Daneshyari.com