

CARRERA DE MEDICINA

Nombre del Ensayo

ANGINA DE PECHO

Autor

Paulina Zambrano Santander

Curso & Paralelo

Cuarto Semestre B

Asignatura

Fisiopatología

Fecha

15 Junio 2017

Manta- Manabí - Ecuador



Paulina Zambrano Santander

INTRODUCCIÓN

Se puede definir a la angina de pecho como un síntoma en la persona resultado de una disminución del flujo sanguíneo en la bomba cardíaca. Esta, es una causa por la falta de oxígeno, llevando a la alteración en el metabolismo del músculo cardíaco y alguna de sus propiedades. Consecutivamente, se liberan sustancias estimuladoras de terminaciones nerviosas, que provocan el dolor isquémico del corazón. A veces, en ese deficiente flujo sanguíneo, no conlleva a la manifestación del dolor característico, por lo que se dificulta el diagnóstico del mismo.

La angina puede sentirse como una presión o un dolor de tipo opresivo en el pecho. Incluso puede parecerse a una indigestión que ha tenido el individuo. También puede haber dolor en los hombros, los brazos, el cuello, la mandíbula o la espalda. (Jiménez, 2016)

Existe cierto parecido entre la angina de pecho y el infarto miocárdico debido al dolor característico que ambos suelen presentar, y que suele llevar a una confusión en el diagnóstico. Pero, la diferencia se da, en la intensidad y duración del dolor, siendo en un infarto de más de 30 minutos aprox., mientras que en la angina comúnmente es de 5 minutos. (Alvarez, 2012)

Es importante destacar que existen diversos tipos de angina, la más común es la angina estable, cuando el corazón trabaja más fuerte de lo usual; así como la angina inestable, que es el tipo más peligroso y producido sin un esfuerzo que sea causal. (Rodríguez, 2016)

ABSTRACT

We could define angina as a symptom in the person because of low blood flow in the heart. This is a result of the lack of oxygen, where the metabolism of the heart muscle and some properties of the same is altered. Certain substances that stimulate nerve endings and trigger the pain of ischemia in the heart are released. Sometimes, this lack of blood flow to the heart does not manifest the characteristic pain, which makes it difficult to diagnose it.

Angina may feel like pressure or oppressive chest pain. It may even resemble an indigestion that the individual has had. There may also be pain in the shoulders, arms, neck, jaw or back. (Jiménez, 2016)

There is some similarity between angina pectoris and myocardial infarction due to the characteristic pain that both usually present, and that usually leads to a confusion in the diagnosis. But, the difference is in the intensity and duration of the pain, being in a heart attack of more than 30 minutes, while in angina it is usually 5 minutes. (Alvarez, 2012)

It is important to note that there are several types of angina, the most common is stable angina, when the heart works stronger than usual; As well as unstable angina, which is the most dangerous type and produced without an effort that is causal. (Rodriguez, 2016)

ANGINA DE PECHO

La angina es un dolor o molestia en el pecho que se siente cuando no hay suficiente irrigación sanguínea al músculo cardíaco. Dicho músculo del corazón necesita del oxígeno para transportar la sangre.

Es un síntoma de la enfermedad de las arterias coronarias y la enfermedad cardíaca más común. Esta ocurre cuando una sustancia llamada placa se acumula en las arterias que llevan la sangre al corazón, reduciendo el flujo sanguíneo. (Rodríguez, 2016)

Causas de la angina.

Podríamos definir a la angina de pecho como un síntoma en la persona por la baja de flujo sanguíneo en el corazón. Como consecuencia de esta falta de oxígeno, se altera el metabolismo del miocardio y algunas propiedades del mismo, como pueden ser: su elasticidad, su contractibilidad y otras. Además, también se produce la liberación de sustancias que estimulan las terminaciones nerviosas y provocan el dolor de la isquemia en el corazón. En ocasiones, donde esta falta de flujo sanguíneo al corazón no manifiesta el característico dolor, dificulta el poder diagnosticarla. Este es el caso de la isquemia silenciosa.

Aquella isquemia que se presenta, será la responsable de la angina, dada por el desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el aporte que recibe el corazón. La causa más frecuente es el depósito lipídico en las paredes arteriales que nutren al corazón, es decir, las arterias coronarias; esto es lo que se conoce como arterosclerosis.

La angina de pecho es el cuadro inicial más frecuente por cardiopatía isquémica. Pero también hay otras formas de manifestación como son el conocido infarto de miocardio y la muerte súbita. (Jiménez, 2016)

Diferencia entre la angina de pecho y el infarto de miocardio.

Existe una similitud entre la angina de pecho y el infarto miocárdico debido al dolor característico, que suele llevar a una confusión en el diagnóstico. La diferencia se basa en el grado en el que ocurre la lesión en el vaso coronario, como consecuencia se reduce el flujo sanguíneo y muerte en; cuando se trata

de un infarto, los vasos son obstruidos en su totalidad, y en el caso de angina, es una ocupación parcial del vaso. Además, la diferencia más importante es el tiempo de duración del cuadro, en la angina de pecho estable/inestable por lo común dura un máximo de 5 minutos, conociendo el factor desencadenante, en el infarto de miocardio el dolor se prolonga hasta 30 minutos (periodo de alarma de Gallavardin), otra característica importante para diferenciarlo es la intensidad del dolor siendo mucho mayor en infarto de miocardio, en este contexto también se debe valorar el antecedente previo de ataque cardiaco del paciente. (Alvarez, 2012)

En la angina la falta de oxígeno se da cierto período, donde aparece el dolor característico, pero no hay muerte de las células del corazón, es decir, puede ser reversible. Mientras que, en el infarto, al ser una obstrucción total, no llega nada de sangre a estas células durante un tiempo, pero lo suficiente como para que exista muerte celular induciendo a una necrosis, convirtiéndose en una lesión de tipo irreversible.

Tipos de angina.

Según la Sociedad Española de Cardiología se pueden distinguir tres tipos de angina:

- **Angina de esfuerzo**, es consiguiente de la actividad física o un esfuerzo que demande un mayor consumo de oxígeno por el corazón. Suele ser muy corto y desaparece cuando el individuo deja de realizar el causante del dolor y otras veces, cuando se usan fármacos como vasodilatadores, con el fin de lograr el equilibrio en el flujo sanguíneo.
- **Angina de reposo**, producida espontáneamente sin necesidad de un esfuerzo. De duración variable, que incluso puede llegar a prolongarse tanto que se parece a un infarto de miocardio. Además, existen algunos subtipos, la más importante es:
 - **Angina variante, vasoespástica o de Prinzmetal**, es una variedad de angina inestable que se manifiesta de forma brusca, y frecuentemente nocturna, cuando la persona duerme. A diferencia con la angina inestable y en el infarto, el mecanismo causante de este problema es un cierre

espontáneo del vaso coronario, esto se conoce como vasoespasmos. La causa de este vasoespasmos no se está definida en su totalidad pero se dice que, es más frecuente en fumadores y en personas con hipercolesterolemia e hipertensión arterial. Puede localizarse en las arterias coronarias sanas o en coronarias con lesiones de aterosclerosis. Puede desencadenarse por el frío, estrés, consumo de medicamentos o de drogas. (Rivas, 2016)

- **Angina mixta**, aquellas formas donde se relacionan características de la angina de esfuerzo y de la de reposo al mismo tiempo. Una amplia variedad de anginas que reúnen las características de las dos nombradas anteriormente, en diferentes proporciones. Son aquellas anginas que pueden producirse en un mismo paciente como resultado de un aumento de requerimiento de oxígeno en el corazón o de una disminución transitoria del flujo sanguíneo.

Otra forma de clasificación, puede ser:

- **Angina estable**, sería como aquella angina relacionada con la angina de esfuerzo en la que sus características y la capacidad funcional del paciente, es decir para ejercer habilidades y actividades, no han cambiado el último mes. Se debe a una reducción del aporte de oxígeno de manera transitoria y una evolución.
- **Angina inestable**, aquella cuya evolución no se puede predecir y el pronóstico puede ser variable; es decir, no podemos saber si funcionará el tratamiento llevando a la curación de este síntoma o si llega a evolucionar tanto que se presente un infarto de miocardio. Aquí se agrupa a la angina de reposo y la angina acelerada o progresiva, que es la angina de esfuerzo que ha empeorado en cuanto a la frecuencia, intensidad del dolor, o nivel de esfuerzo con el que aparece. Se debe a una obstrucción parcial en una arteria coronaria, no es frecuente que se complique pero sí que evolucione mucho más que la anterior.
- **Angina variante, vasoespástica o de Prinzmetal**, el pronóstico para este tipo de pacientes depende principalmente del estado de sus vasos coronarios. Un grupo numeroso de estos pacientes presenta una evolución con periodos prolongados sin síntomas. Otra parte de los enfermos presentan lesiones en las

arterias coronarias graves y constituyen un grupo de alto riesgo, con una incidencia de infarto y muerte durante el primer año del 20 y 15%, respectivamente. (Rivas, 2016)

Cuadro clínico.

Existen características y ciertos parámetros que nos permiten definir una angina de pecho, el más destacado es un característico dolor, que se manifiesta como:

- **Sensación de peso u opresión torácica**, puede ser descrito como quemante, el enfermo puede referir disnea, opresión alrededor de la laringe, dolor visceral.
- **Localización**, sobre el esternón o cerca del mismo. En cualquier lugar sobre el epigastrio y la faringe. Hombro o brazo izquierdo, no es muy común en el brazo derecho.
- **Duración**, desde segundos hasta un máximo de treinta minutos, aunque habitualmente durante un período de 5 minutos.
- **Supresión**, se alivia o suprime en segundos o minutos después de la cesación del agente causal o después de 5 minutos de utilizar Nitroglicerina sublingual.

¿Cómo se puede pronosticar?

En el caso de la angina estable, la gravedad de los pacientes depende de cómo funcionen los ventrículos y la extensión de las lesiones originadas por la falta de riego sanguíneo o isquemia.

Su pronóstico es más favorable que el de los síndromes coronarios agudos, pero origina deterioro de la calidad de vida y frecuentes problemas terapéuticos. La mortalidad anual se encuentra en torno a un 0,5-2,6% y la incidencia de infarto no fatal es del 1-2% al año. (Lourdes Rodríguez Domínguez, 2015)

Los objetivos del tratamiento de los pacientes con angina estable son:

- Mejorar el pronóstico previniendo el infarto de miocardio y la muerte mediante la reducción de la incidencia de eventos trombóticos agudos y el desarrollo de disfunción ventricular izquierda.

- Mejorar los síntomas reduciendo los episodios isquémicos y aumentar la calidad de vida. El tratamiento anti anginoso frecuentemente es subóptimo por un bajo grado de adhesión a las guías y por los frecuentes efectos secundarios. Intervenciones destinadas a mejorar la cumplimentación de las guías y nuevos fármacos, como la ivabradina, pueden ayudar a optimizar el tratamiento de los pacientes con angina estable.

Además, hay factores que pueden llevar a un mal pronóstico, donde se destaca:

- Anatomía coronaria: cuando se afecta la arteria coronaria izquierda hay peor pronóstico.
- Gravedad de la isquemia.
- Mala función del ventrículo izquierdo.
- Presencia de arritmias (alteraciones del ritmo normal del corazón).

Sobre la Angina inestable Se han realizado estudios en los que se demuestra que los pacientes con angina inestable que realizan una ergometría de bajo riesgo y son dados de alta con tratamiento médico tienen una incidencia de eventos relativamente elevada durante el primer año. En esta población específica, la presencia de angina durante la ergometría se asocia a una evolución desfavorable. (Rivas, 2016)

CONCLUSIONES

En conclusión, tanto la angina de pecho, estable, inestable, demás subtipos, y el infarto de miocardio se agrupan en lo que se conoce como cardiopatía isquémica, como resultado de la disminución del aporte de oxígeno al corazón en relación con el requerimiento metabólico del mismo. Existen casos de confusión entre la angina de pecho y el infarto de miocardio, debido al dolor que suele manifestarse, pero que podemos llegar a diferenciar uno del otro, gracias a dos factores importantes: el tiempo de duración y la intensidad del mismo, considerándose como infarto a un individuo con dolor en el pecho de más de 30 minutos y con una intensidad mucho más alta en comparación con la angina; en ciertos casos y por el mal diagnóstico, la angina puede evolucionar hasta un infarto miocárdico, refiriéndonos en sí a la angina inestable, cuya causa es espontánea y sin necesidad de que el individuo haya ejercido cierto esfuerzo. Hay que tomar en cuenta que en situaciones patológicas se genera una alteración endotelial, que lleva a una pérdida de la su respuesta vasodilatadora, además de la obstrucción presente en el flujo sanguíneo coronario, frecuentemente parcial y que puede ser reversible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez, A. (2012). *Semiología médica. Fisiopatología, Semmiotecnia y Propedeútica*. Argentina: Editorial medica Panamericana.
2. Alvarez, Argente. (s.f.). *Cardiopatía isquémica*. Argentina.
3. Jiménez, M. A. (5 de Mayo de 2016). *Webconsultas*.
4. Lourdes Rodríguez Domínguez, V. H. (20 de Septiembre de 2015). *Revista Cubana de Medicina*.
5. Rivas, D. P. (28 de Julio de 2016). *Webconsultas*. Obtenido de <http://www.webconsultas.com/angina-de-pecho/tipos-de-angina-de-pecho-393>
6. Rodriguez, G. (9 de Septiembre de 2016). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/angina.html>