

# Cardiopatía isquémica

---

***¿QUÉ DEBO SABER?***



**Servicio de Cardiología**  
Hospital Universitario de Ferrol

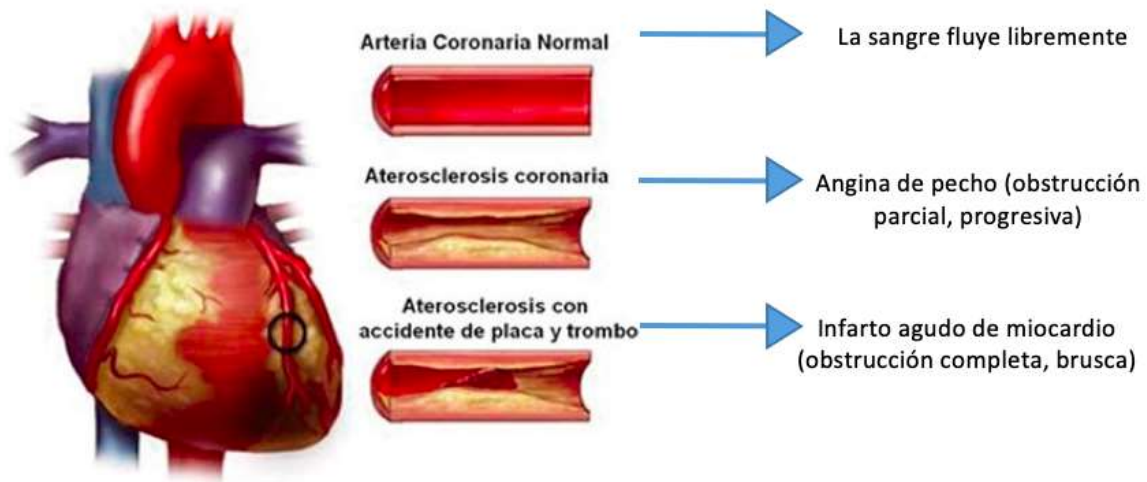


## ¿Qué es la cardiopatía isquémica?

La cardiopatía isquémica es la enfermedad ocasionada por la **arteriosclerosis de las arterias coronarias**, que son las encargadas de proporcionar sangre y nutrir al músculo cardíaco (miocardio). Se trata de un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (colesterol y otras grasas) y células inflamatorias (linfocitos), que conduce al estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias. Es la **enfermedad cardiovascular más frecuente y supone la causa principal de muerte en países desarrollados**.

La arteriosclerosis comienza en las primeras décadas de la vida, pero no produce síntomas hasta que la estenosis se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. Dependiendo del grado de estenosis y de la rapidez con que ésta se produce, podemos encontrarnos ante dos diferentes escenarios:

- Cuando la estenosis se presenta de forma progresiva produce episodios recurrentes de dolor opresivo localizado en la zona del esternón, a veces con irradiación a la mandíbula, espalda, hombros o brazo izquierdo. El dolor aparece en relación con el ejercicio físico o estrés emocional y cede con el reposo o con nitroglicerina sublingual. Los episodios suelen ser de escasa duración (<20 min) y no producen un daño irreversible en el corazón. En este caso hablamos de **angina de pecho estable**.
- Si la obstrucción se produce de forma súbita por la formación de un trombo estaremos ante un **síndrome coronario agudo**: hablamos en este caso de **angina inestable** o de **infarto agudo de miocardio** dependiendo de si se produce una obstrucción arterial incompleta o completa respectivamente.



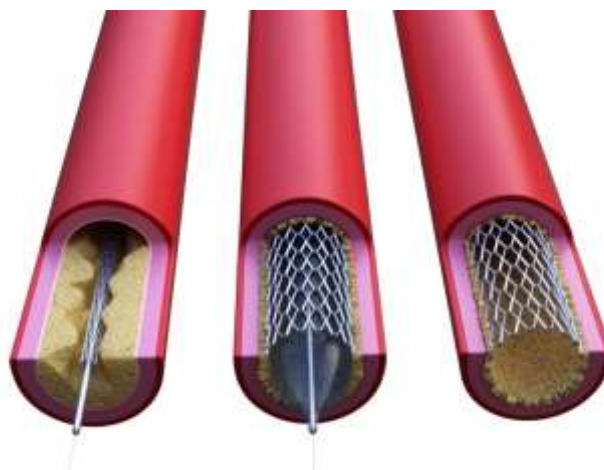
Tanto la angina inestable como en el infarto se manifiestan por un dolor en el pecho de similares características a la angina de esfuerzo estable pero, a diferencia de esta, suele ocurrir en reposo, dura más tiempo y en el caso del infarto no remite espontáneamente. Además el dolor puede ir acompañado de fatiga, sudor frío o mareo y se asocia con frecuencia a sensación de gravedad. En ocasiones y, sobre todo en las mujeres, los síntomas son menos claros (dolor de espalda, fatiga, dolor a nivel de epigastrio o “boca del estómago”, aumento de cansancio, etc.).

El infarto es una **emergencia médica**, por lo que es fundamental llegar al hospital lo antes posible para tratar de evitar daños definitivos. Si la obstrucción coronaria no se resuelve en poco tiempo conduce a la muerte (necrosis) de parte del miocardio, por lo que habitualmente se realizará un cateterismo cardiaco en las primeras horas, en el que mediante una angioplastia se recanalizará de forma mecánica la arteria ocluida.

## ¿Cómo se trata la enfermedad coronaria?

Algunos pacientes son candidatos a tratamientos de revascularización coronaria (consisten en corregir las estrecheces), que se pueden realizar mediante angioplastia coronaria (con cateterismo) o mediante cirugía cardíaca de derivación (bypass). La elección entre una u otra depende de las características de la enfermedad:

- **Angioplastia coronaria:** Se realiza cuando la anatomía de la enfermedad coronaria permite esta técnica. Se introduce un catéter hasta la arteria coronaria y se dilata con balón. Después se implanta un stent (dispositivo metálico como una malla cilíndrica) dentro de la arteria para conseguir su permeabilidad siempre que esto sea posible. Se realiza puncionando la arteria radial (muñeca) o femoral (ingle), con anestesia local.
- **Cirugía de bypass o injertos coronarios:** Para pacientes con enfermedad coronaria más extensa, cuando la angioplastia no es posible y sobre todo si existe mala función del ventrículo izquierdo. Se realiza con apertura del tórax y anestesia general.



*Figura: Esquema de una angioplastia. En la imagen de la izquierda se observa una arteria obstruida a través de la cual se pasa un catéter con un stent plegado. Posteriormente se hincha un balón para dilatar la obstrucción y desplegar el stent (imagen central). Finalmente se libera el stent, que queda posicionado contra las paredes de la arteria (imagen de la derecha), garantizando un adecuado flujo sanguíneo a ese nivel. Por último se retira el catéter.*

### Tratamiento farmacológico:

Todos los pacientes con enfermedad coronaria, salvo contraindicación expresa, deben tomar ácido acetilsalicílico de forma crónica a dosis bajas (100–150 mg/día), por su efecto antiagregante plaquetario. Además, si usted ha sufrido un síndrome coronario agudo y/o le han implantado un stent, deberá tomar un segundo fármaco antiagregante durante un tiempo variable definido por su médico.

También se recomienda el tratamiento con estatinas en todos los pacientes con enfermedad coronaria. Estos fármacos, utilizados para reducir el colesterol, tienen también un efecto “estabilizador” sobre las placas de arteriosclerosis de las arterias coronarias.

En ocasiones puede que se le prescriban fármacos destinados a hacer que el corazón trabaje de una forma más relajada (betabloqueantes, IECAs), protegiendo de esta forma al corazón.

Por último a veces prescribimos fármacos para evitar o disminuir los episodios de dolor de pecho: nitratos (vía oral, sublingual o en parches transdérmicos), betabloqueantes, antagonistas del calcio, ivabradina y ranolazina.

Hoy en día existen **combinaciones de fármacos** habitualmente utilizados en pacientes con cardiopatía isquémica, que ayudan a facilitar el cumplimiento y la toma de la medicación.



## **¿Por qué me ha ocurrido a mí?**

La arteriosclerosis, en general, se asocia al envejecimiento. Sin embargo, existen determinadas condiciones que aumentan el riesgo de padecerlo, que se denominan factores de riesgo cardiovascular:

- Edad avanzada.
- Sexo masculino, aunque el riesgo en las mujeres se iguala a partir de la menopausia.
- Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia (familiares de primer grado varones <55 años o mujeres <65 años).
- Aumento de las cifras de colesterol, sobre todo del LDL (“colesterol malo”).
- Disminución de los valores de colesterol HDL (“colesterol bueno”).
- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus (azúcar elevado en sangre).
- Obesidad.
- Inactividad física y sedentarismo.

## **¿Cuál es mi pronóstico?**

El pronóstico es muy **variable**, ya que depende de la cantidad de arterias obstruidas y lo que se haya dañado el músculo cardíaco a causa de las mismas. Existen enfermos que pueden estar muy bien controlados sin presentar síntomas, y por el contrario otros que tienen una esperanza de vida acortada. Los factores que más influyen en el pronóstico es el buen o mal control de los factores de riesgo cardiovascular.

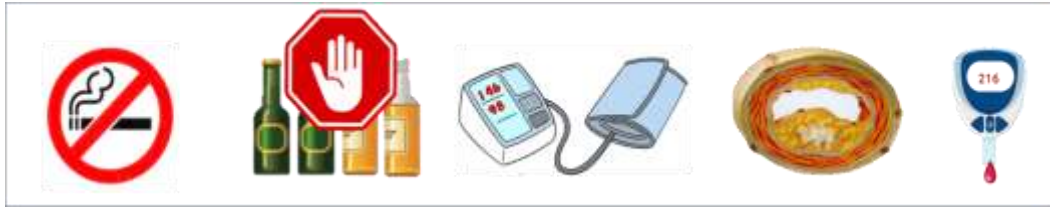
## **¿Cómo puedo controlar mi enfermedad?**

Un estilo de vida saludable donde se cuide la alimentación, se realice ejercicio físico regular y se eviten hábitos tóxicos como fumar o consumir bebidas alcohólicas, logra reducir los factores de riesgo cardiovascular y por tanto la probabilidad de padecer nuevos eventos coronarios. También es fundamental el control y tratamiento de otras enfermedades relacionadas con la cardiopatía isquémica como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y las alteraciones en los niveles de colesterol en la sangre. Podemos establecer las siguientes recomendaciones generales:

1. **No fumar:** Debe abandonar por completo el consumo de tabaco y evitar estar en ambientes con humo. No dude en solicitar ayuda médica si lo necesita. El tabaco es el factor de riesgo que más potencia la enfermedad cardiovascular y su efecto negativo es proporcional al número de cigarrillos y al tiempo que lleve fumando.
2. **Consumo de alcohol:** Evitar en la medida de lo posible. En caso de consumirlo hacerlo con mucha moderación, como máximo un vaso de vino (150 ml), cerveza o sidra (200 ml) al día, si es hombre y la mitad si es mujer.
3. **Control de la tensión arterial:** Los valores deben ser menores de 140/90 (hay determinados pacientes que se benefician de cifras más bajas, su médico le indicará cuál su tensión objetivo). Si es hipertenso disminuya el consumo de sal, para ello primero elimine la sal en la mesa y disminuya la sal para el cocinado, condimentando con más especias y limón. En segundo lugar, seleccione los alimentos que en su composición sean bajos en sodio. Evite los alimentos que sean muy ricos en sal como las conservas y salazones. Condimente con especias naturales.
4. **Control de los niveles de colesterol:** El valor de colesterol “malo” o LDL ha de ser  $< 55$  mg/dl o reducirse en un 50% respecto al valor inicial. A los 3 meses del alta y luego anualmente, debe realizarse una analítica para lograr y mantener este objetivo. No abandone la medicación sin consultar con su médico. Evite el exceso de calorías y disminuya las grasas principalmente saturadas (grasas animales presentes por ejemplo en la



mantequilla, nata, embutidos, aceites de palma o de coco utilizados en bollería industrial...etc), dando prioridad a la grasa monoinsaturada (aceite de oliva) y poliinsaturada (pescados azules, nueces, semillas).



5. **Control de la glucemia:** Si es diabético sus valores de glucosa en sangre (glucemia) han de estar entre 90-140 mg/dl y mantener un valor de hemoglobina glicosilada <7%. Consuma con moderación los alimentos que contienen azúcares y elija alimentos como las legumbres y cereales integrales (pan, pasta o arroz integral). Limite el consumo de grasas, sobre todo saturadas. Organice su comida en función del tratamiento que reciba para la diabetes (antidiabético oral o insulina) y siempre siguiendo las pautas de alimentación saludable. Organice su alimentación en 5 ó 6 tomas al día. Procure conseguir o mantener un peso adecuado.
6. **Control del peso:** El objetivo es mantener un índice de masa corporal (IMC) <25 kg/m<sup>2</sup>. Su cintura (perímetro abdominal) debe medir < 102 cm si es varón y <88 cm si es mujer. Es muy importante que consuma menos calorías, reduzca los alimentos grasos, mejore sus hábitos de alimentación y aumente el ejercicio físico, para conseguir y mantener un peso saludable.
7. **Dieta cardiosaludable:** Pobre en sal (máximo 6 gr/día), pobre en grasas de origen animal, charcutería, precocinados y evitar fritos y guisos. Rica en vegetales y frutas. Utilizar aceite de oliva. Elegir lácteos desnatados. Consumir pescado azul al menos una vez por semana y máximo 3 huevos por semana. Cocina al vapor, horno, plancha o brasa.
8. **Ejercicio físico:** Es aconsejable la realización de ejercicio físico aeróbico de moderada intensidad (nadar, caminar a paso ligero, montar en bicicleta) durante al menos 30 minutos al día, 5 veces

por semana. Evitar realizarlo después de las comidas o con temperaturas extremas.

- 9. Cumplimiento farmacológico:** Debe cumplir el tratamiento que se le ha prescrito de forma constante y regular. Recuerde que el tratamiento es individualizado y ajustado a sus necesidades. Si le han colocado un stent en sus arterias coronarias, adviértalo siempre al médico que le atienda y nunca abandone el tratamiento con aspirina u otro antiagregante salvo indicación médica expresa.



- 10. Conducción particular:** Puede conducir a partir de la tercera semana tras el síndrome coronario agudo, en ausencia de síntomas. Si se ha sometido a un cateterismo de forma programada con implante de stent, puede conducir cuando haya transcurrido una semana, en ausencia de síntomas.
- 11. Actividad sexual:** En líneas generales puede reanudarse a partir de las dos semanas tras el alta hospitalaria, pero consulte siempre con su médico.
- 12. Actividad laboral:** Se valorará individualmente cada caso en función de la gravedad y del tipo de esfuerzo que requiera su trabajo.
- 13. Viaje en avión:** En líneas generales puede viajar en avión a partir de las dos semanas tras el alta hospitalaria, aunque su médico puede darle una recomendación específica para su caso concreto.
- 14. Vacunaciones:** Debe vacunarse anualmente frente a la gripe. Se recomienda la vacunación antineumocócica.

## ¿Qué hacer ante un episodio de dolor torácico?

Lo primero que debe hacer es interrumpir su actividad y sentarse. Administrar una cafinitrina sublingual y si a los 5 minutos no ha cedido el dolor, póngase una nueva dosis, tras lo cual:

- Si el dolor ha cedido y tiene las características habituales (en frecuencia, duración y grado de esfuerzo en el que aparece), puede continuar realizando el mismo régimen de vida y no es necesario que acuda a su médico.
- En el caso que haya desaparecido el dolor, pero este es más frecuente, de mayor duración o aparece a menor esfuerzo, solicitará consulta con su médico.
- Si el dolor dura más de 15 minutos, sin haber cedido tras 2-3 cafinitrinas o si se acompaña de dificultad para respirar, mareo, palpitaciones o pérdida de conocimiento, solicitará ayuda médica llamando al 061 o al teléfono de emergencias 112. Nunca acuda a Urgencias conduciendo.





**Servicio de Cardiología**  
Hospital Universitario de Ferrol