

INSUFICIENCIA CORONARIA CRONICA

CATEDRA DE CLINICA MEDICA I

AÑO 2026



ENFERMEDAD CORONARIA CRONICA ESTABLE

- Se define por un patrón sintomático que no se ha modificado durante el ultimo mes.
- La causa mas frecuente es la enfermedad coronaria aterosclerótica de las arterias epicárdicas.
- Tiene una evolución lenta, lineal y episódica.
- En EEUU es la principal causa de muerte.
- La AHA ha estimado que la mortalidad anual es del 2 – 3%.
- Se dice que existen 30 ptes con angor crónico estable por cada pte con IAM.

- La calidad de vida de los pacientes no es buena. Un 30 % de los ptes revascularizados no pueden retomar a sus tareas habituales.
- La incidencia aumenta con la edad:
 - ✓ 0,3 % en ptes de 45 – 54 años.

 - ✓ 0,8 % en ptes de 55 – 64 años.
 - ✓ 0,6 % en ptes de 65 – 74 años.
- Prevalencia: 4 y 7% en adultos jóvenes (45-65 años) y entre el 12 y 15% en adultos mayores (65-85años).

FACTORES DE RIESGO

NO TRADICIONALES

Hiperhomocisteína-lipoproteína (lpa) ,Inflamación PCR ,Protrombótico,
hiperfibrinogenemia
Infección (covid, H pylori ,Chlamydia ,CMV)

FACTORES DE RIESGO	
NO MODIFICABLES	MODIFICABLES
Edad Sexo masculino Antecedentes familiares cardiopatía isquémica Presencia enfermedad coronaria	HTA Diabetes mellitus Tabaquismo Dislipemias (alto LDL y bajo HDL); Hipertrigliceridemia Obesidad Sedentarismo Postmenopausia (asociada a elevación cifras LDL colesterol)

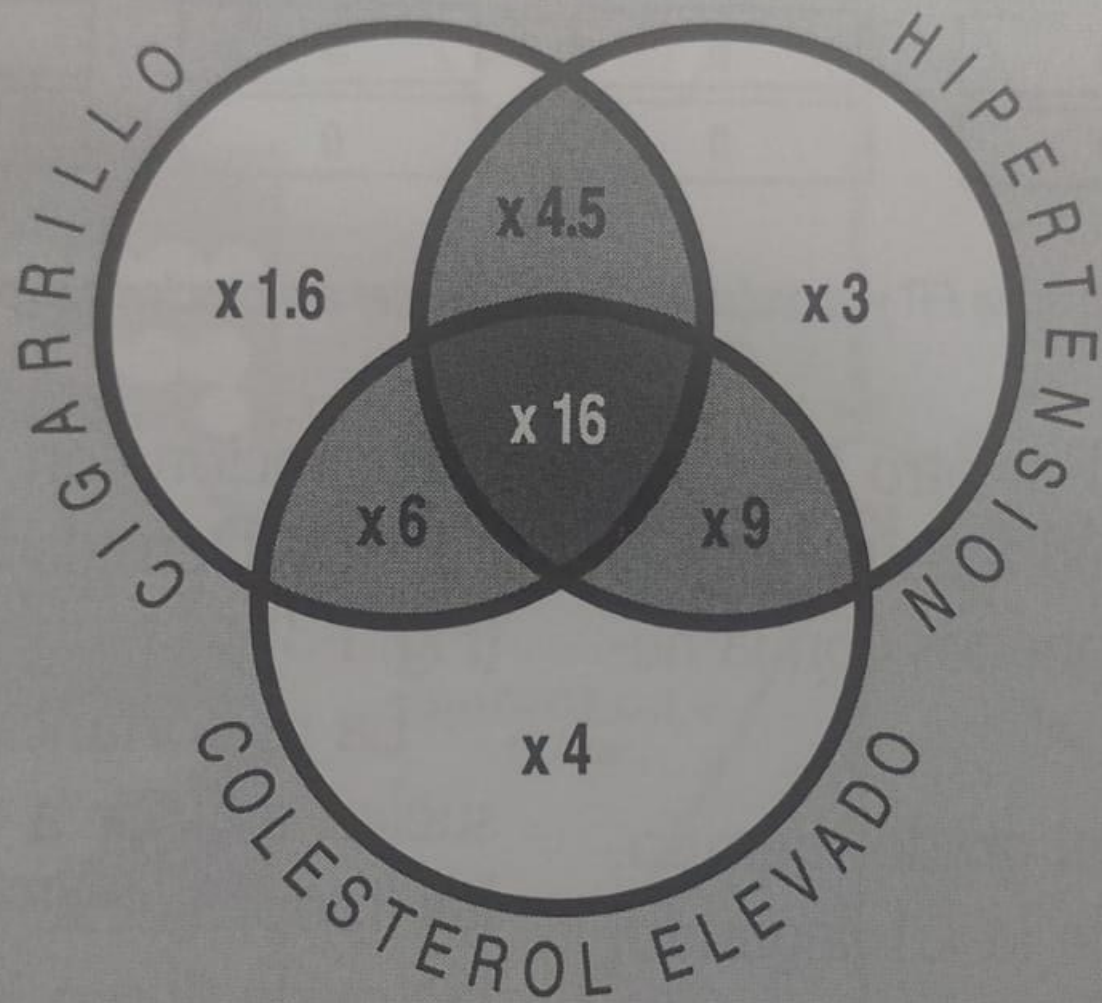


Figura I-1: Perfil de riesgo coronario. La suma en un mismo individuo de cifras elevadas de colesterol, hipertensión e insumo de cigarrillos incrementa 16 veces la posibilidad de padecer enferme-

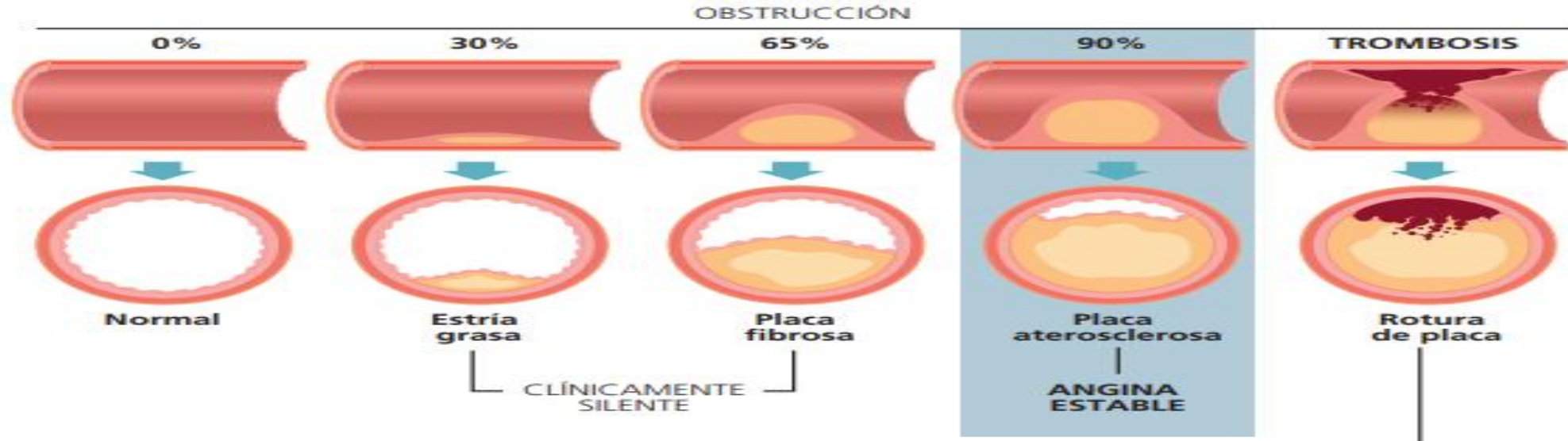
FISIOPATOLOGIA

**ATEROESCLEROSIS- POLIGENICA -MULTIFACTORIAL-
INFLAMATORIA -INMUNOLOGICA - PROGRESIVA ??**

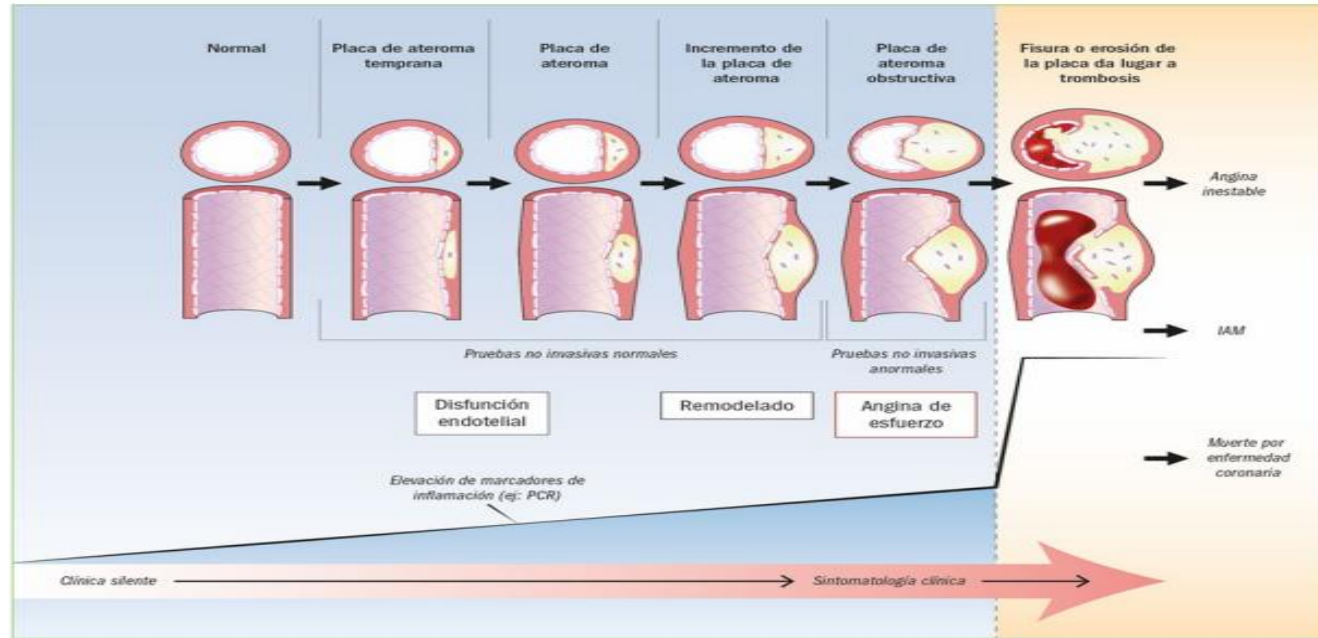
4 CARACTERISTICAS

HETEROGENEA-COMPOSICION - FACTORES RIESGOS

DIFUSA



ETIOLOGÍA



PLACA EXCENTRICA
PLACA CONCENTRICA

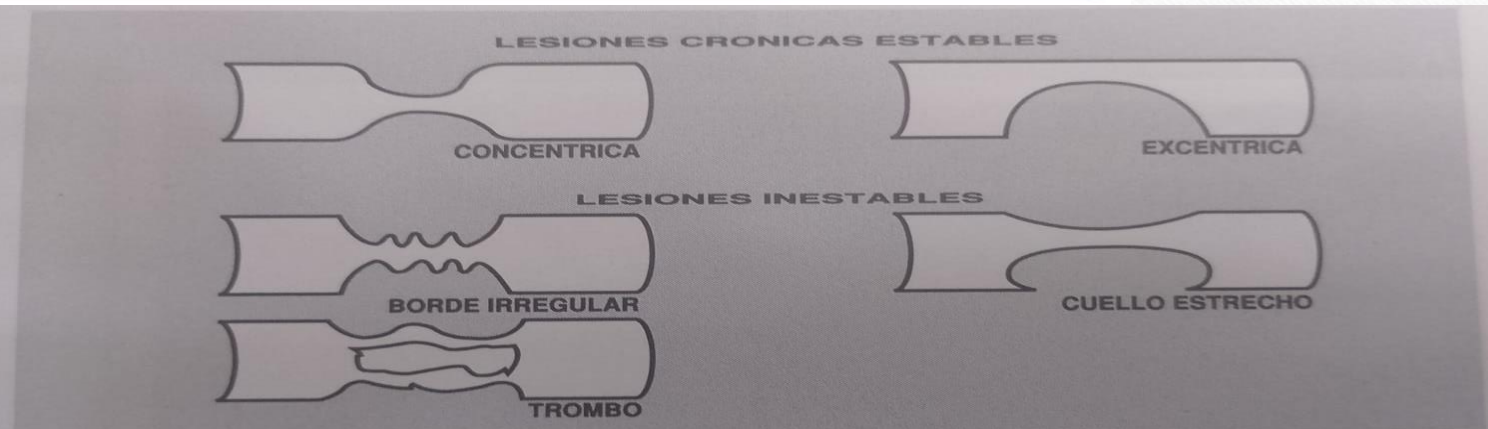
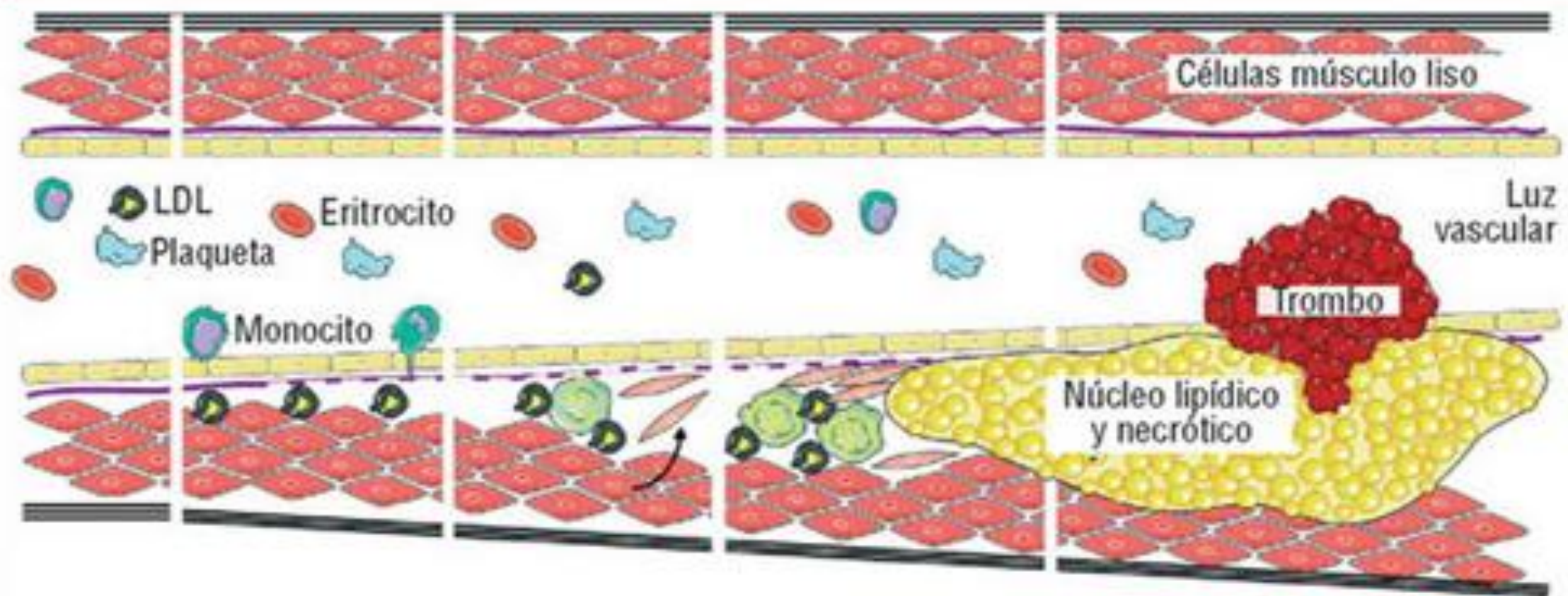


Figura I-41: Características morfológicas de las placas que preceden a los eventos coronarios agudos, a partir de Ambrose: las excéntricas, irregulares y de cuello angosto, son las más vulnerables.



Disfunción
endotelial

Infiltración
monocitaria

Migración y
proliferación de
fibroblastos y
CMLV

Rotura y trombosis

FISIOPATOLOGIA

***FRECUENCIA CARDIACA X PAS =
VO2
EL VO2 aumenta con FC,
CONTRACTILIDAD, ESTRÉS
PARIETAL***

DEMANDA

OFERTA



PRONOSTICO DEL ANGOR ESTABLE

➤ La mortalidad es del 0,5 – 4 % por año.

CLASE
FUNCIONAL

MAGNITUD DE LA
ISQUEMIA

VASOS
COMPROMETIDOS

FEVI

SEXO FEMENINO

EDAD

DIABETES

DIAGNOSTICO

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

INVESTIGAR FACTORES DE RIESGO

ELECTROCARDIOGRAMA

LABORATORIO

ERGOMETRIA

ANGIOTOMOGRAFIA
CORONARIA

ECOCARDIOGRAMA

SPECT MIOCARDICO

CINECORONARIOGR
AFIA

Influencia de los factores de riesgo CV



TABACO



GENES



EDAD



SEDENTARISMO



OBESIDAD

DIAGNOSTICO EXAMEN CLINICO

Tabla 1. Cualidades del dolor anginoso (18)

Angina típica

Cumple con las siguientes características:

- Dolor opresivo retroesternal o precordial
- Provocado por los esfuerzos o el estrés
- Cede con el reposo o los nitritos

Angina atípica o probable

Cumple con solo 2 de las características

Dolor no anginoso

Cumple con una o ninguna de las características

DIAGNOSTICO

EXAMEN CLINICO

Tabla 2. Clasificación de la gravedad de la angina, según la Canadian Cardiovascular Society (CCS) (21)

Clase I	<i>La actividad física habitual, como caminar y subir escaleras, no produce angina. Aparece angina con el ejercicio extenuante, rápido o prolongado durante el trabajo o el ocio.</i>
Clase II	<i>Ligera limitación de la actividad física habitual. Aparece angina al caminar o subir escaleras rápidamente, caminar o subir escaleras después de las comidas, con frío, viento o estrés emocional o solo a primera hora de la mañana; al caminar más de dos manzanas (equivale 100-200 m) en terreno llano o subir más de un piso de escaleras a paso normal y en condiciones normales.</i>
Clase III	<i>Marcada limitación de la actividad física habitual. Aparece la angina al caminar 100- 200 m en terreno llano o subir un piso por escaleras en condiciones y paso normales.</i>
Clase IV	<i>Incapacidad para desarrollar cualquier actividad física sin angina. El síndrome anginoso puede estar presente en reposo.</i>

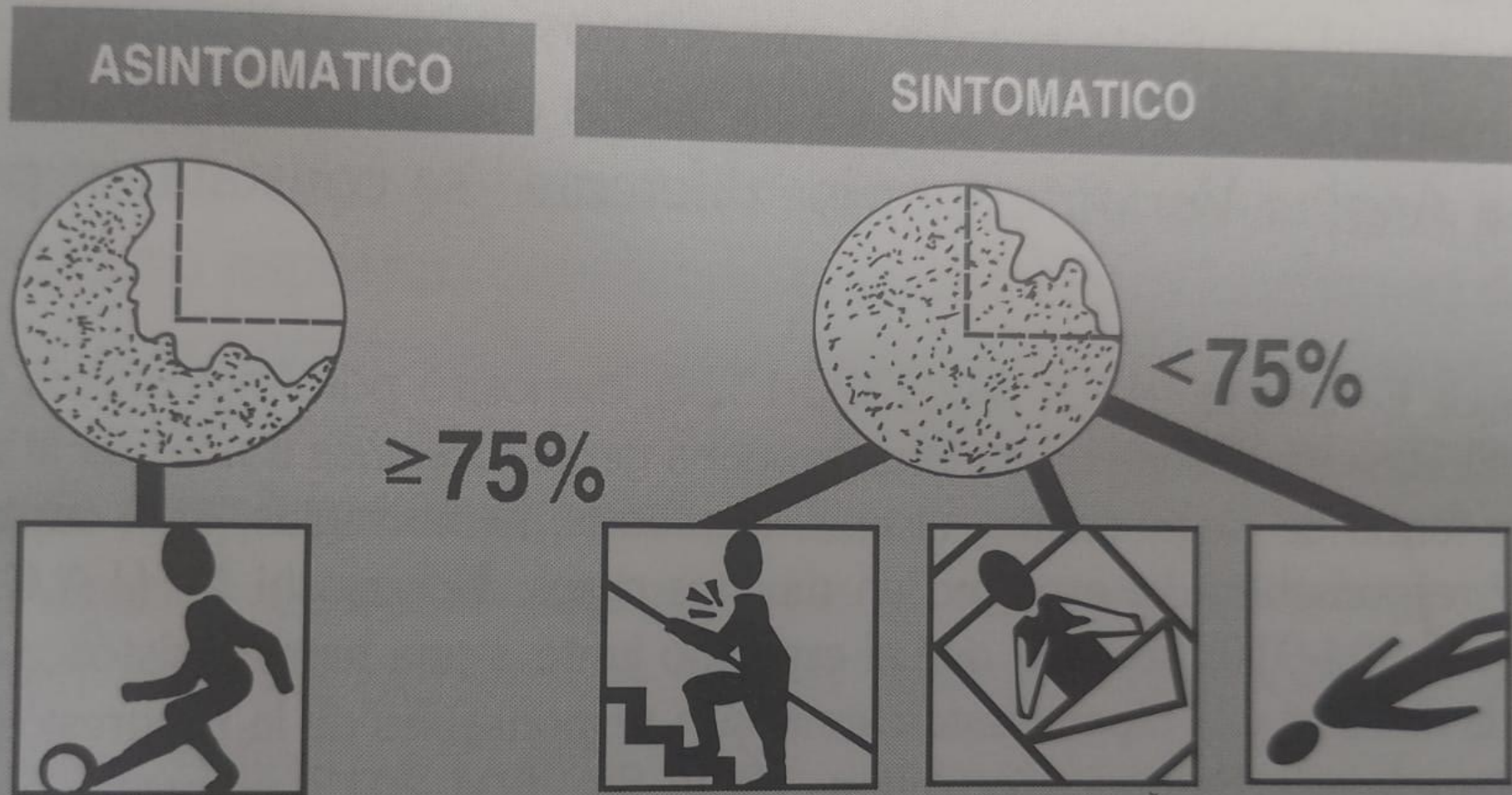
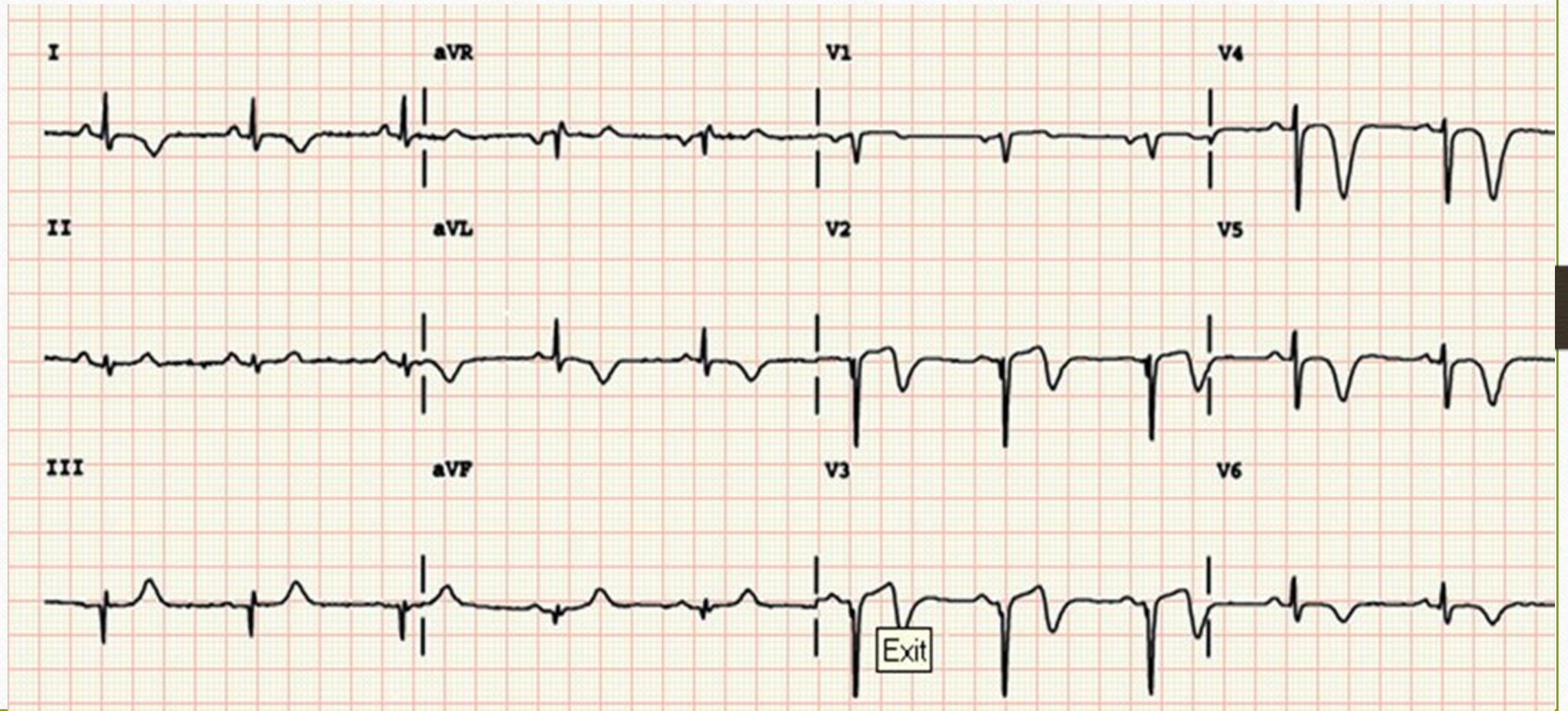


Figura I-16: El lumen coronario como determinante de la sintomatología.

DIAGNOSTICO

ELECTROCARDIOGRAMA



DIAGNOSTICO

ELECTROCARDIOGRAMA

Tabla 3. Recomendaciones para la realización de electrocardiograma

Recomendación	Clase	Nivel de evidencia
- Se recomienda realizar un ECG en reposo en el momento de la presentación inicial.	I	C
- Se recomienda realizar a todos los pacientes un ECG durante o inmediatamente después de un episodio de dolor torácico que indique inestabilidad clínica de la cardiopatía isquémica.	I	C

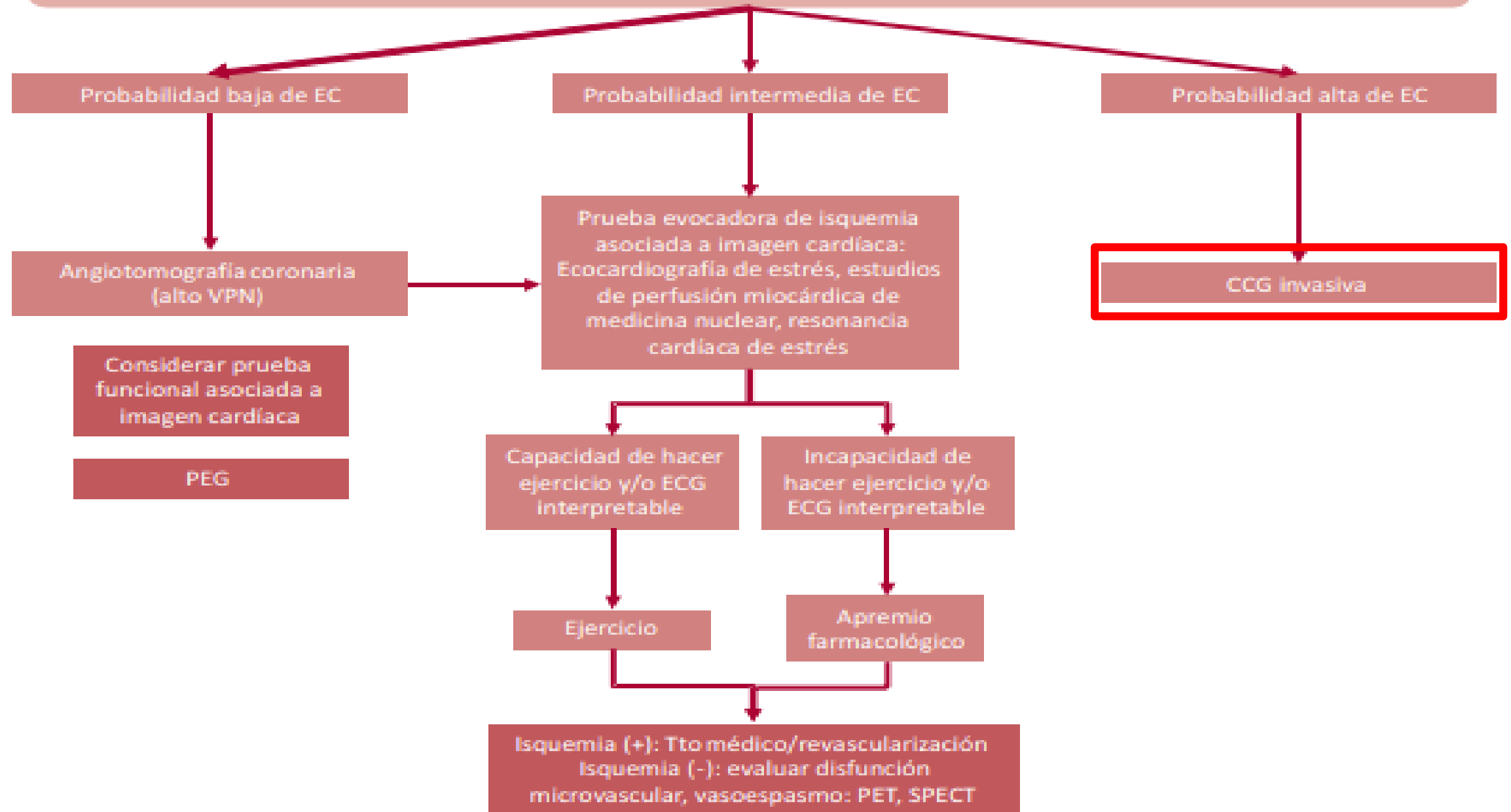
Diagnóstico *ECG*

		<u>IAM</u>	<u>SCA</u>
- SUPRADESNIVEL DEL ST	→	56.2 %	20.4 %
- INFRADESNIVEL DEL ST	→	31.2 %	27.7 %
- ONDA T NEGATIVA	→	6.2 %	18.5 %
- NORMAL /NO DIAG	→	6.2 %	33.4 %

DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL MÉDICO EN EMERGENCIAS

Sospecha de Síndrome Coronario Crónico

* Considerar disponibilidad y experiencia de las técnicas en cada centro



DIAGNOSTICO

Tabla 4. Recomendación para la realización de un ecocardiograma en reposo o una resonancia cardíaca

Recomendación	Clase	Nivel de evidencia
<ul style="list-style-type: none">– Se recomienda realizar un ecocardiograma en reposo para:<ol style="list-style-type: none">1) Excluir otras causas de dolor torácico.2) Identificar trastornos de la motilidad parietal regional que sugieren compromiso isquémico.3) Determinar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo para estratificación de riesgo.4) Evaluar la función diastólica.	I	B
<ul style="list-style-type: none">– Se puede considerar realizar una resonancia cardíaca en aquellos pacientes que presenten un ecocardiograma inconcluso.	IIb	C

DIAGNOSTICO

ELECTROCARDIOGRAMA

Tabla 5. Sensibilidad y especificidad de las pruebas funcionales

Prueba	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
PEG	60	65-75
Ecocardiografía de estrés con ejercicio	79-85	80-88
Ecocardiografía de estrés con apremio farmacológico	83-90	80-89
Estudio de perfusión miocárdica estrés/reposo	73-92	63-87
Estudio de perfusión miocárdica con apremio farmacológico	90	75-87
Resonancia cardíaca con dobutamina	79-88	81-91
Resonancia cardíaca con vasodilatadores	67-94	61-85

RECOMENDACIONES PARA CCG

- **Clase I:** Pacientes que permanecen sintomáticos o con hallazgos de alto riesgo en estudios complementarios pese a un tratamiento médico óptimo (Nivel de evidencia B).
 - Pacientes que, en su evaluación inicial no invasiva, presentan elementos de alto riesgo que hacen presumir la presencia de lesiones coronarias extensas y graves (Nivel de evidencia B).
 - Pacientes con enfermedad coronaria que se presentan con insuficiencia cardíaca (Nivel de evidencia C).
-
- **Clase IIa:** Paciente con enfermedad coronaria conocida, con disfunción ventricular o con disfunción ventricular de etiología desconocida y factores de riesgo cardiovascular o alta probabilidad pre-test de poseer patología coronaria (Nivel de evidencia B).
 - Pacientes con angina o alta probabilidad pre-test de enfermedad coronaria y estudios no invasivos no concluyentes o con imposibilidad de efectuar pruebas provocadoras de isquemia (Nivel de evidencia C).

TRATAMIENTO

- A) Inhibidores plaquetarios. ASPIRINA 100 MG/DIA. Ante una contraindicación se utiliza CLOPIDOGREL 75 MG/DIA.**

- B) Fármacos hipolipemiantes. Prevención primaria como secundaria de EC. Reducen LDL, aumentan la síntesis de ON, mejoran la función plaquetaria, reducen la formación de radicales libres.**

- C) Nitratos. Nitroglicerina, dinitrato de isosorbide, mononitrato de isosorbide.**

- D) Beta bloqueantes. Bloqueantes b adrenérgicos. Disminuyen la Fc y la demanda de O₂, disminuyen la tensión de la pared de VI.**

TRATAMIENTO

- Bloqueantes cálcicos. Se contraindica nifedipina por su efecto de taquicardia refleja.
- IECA – ARA 2. Reducen la post carga, el consumo de O2. Disminuyen la mortalidad.
- Trimetazidina – Ranazolina.
- Ivabradina

GRACIAS
