

Metas terapéuticas en pacientes con angina refractaria crónica

Mauricio G. Cohen^a, Mario Pascual^a, Benjamin M. Scirica^b y E. Magnus Ohman^c

^aFacultad Miller de Medicina. Universidad de Miami. Miami. Florida. Estados Unidos.

^bHospital Brigham and Women's. Boston. Massachusetts. Estados Unidos.

^cCentro Médico de la Universidad de Duke. Durham. North Carolina. Estados Unidos.

La angina refractaria constituye un importante reto clínico para la medicina actual. A pesar del amplio uso de las estatinas y del perfeccionamiento de las técnicas de revascularización, una parte importante de los pacientes con una función ventricular izquierda preservada y sin arritmias con peligro para la vida continúan presentando síntomas, con una angina grave debilitante. Dado que las tasas de eventos cardíacos mayores en esa población son relativamente bajas, las metas principales del tratamiento deben ser no sólo la prolongación de la supervivencia, sino también la mejora de la calidad de vida. La modificación enérgica de los factores de riesgo mediante tratamientos basados en la evidencia, con objeto de estabilizar el proceso de la enfermedad y mejorar la supervivencia, debe constituir el tratamiento de base en todos estos pacientes. No deben pasarse por alto las posibilidades de revascularización. Deben aplicarse estrategias complementarias para elevar el umbral anginoso, ya sea mediante la reducción de la demanda de oxígeno, ya sea mediante la mejora de la hemodinámica para aumentar el aporte de oxígeno miocárdico. En esta revisión se presenta una actualización sobre las estrategias y las metas terapéuticas y se resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario del tratamiento de los pacientes con angina refractaria.

Palabras clave: Angina de pecho. Enfermedad coronaria. Aterosclerosis. Calidad de vida.

EL PROBLEMA

La angina refractaria constituye un importante reto clínico para la medicina cardiovascular actual. A medida que evolucionan las estrategias terapéuticas, se produce un aumento de la expectativa de vida en la cardiopatía isquémica y hay más pacientes que llegan a fases avanzadas de esta enfermedad. Gracias al mejor conocimiento existente del proceso patológico y a los avances tecnológicos, la revascularización coronaria mediante una cirugía de *bypass*

Therapeutic Goals in Patients with Refractory Chronic Angina

Refractory angina presents a major clinical challenge for everyday medical practice. Despite the widespread use of statins and improvements in revascularization techniques, a substantial proportion of patients with preserved left ventricular function and no life-threatening arrhythmias remain symptomatic, with severe debilitating angina. Because the rate of major cardiac events in this population is relatively low, the major aim of therapy should be not only to prolong survival but also to improve quality of life. The cornerstone of therapy for all these patients should be the aggressive modification of risk factors using evidence-based treatment, with the aim of stabilizing the disease process and improving overall survival. No opportunity for revascularization should be overlooked. Complementary approaches should be implemented to raise the angina threshold by either reducing oxygen demand or improving hemodynamics to increase myocardial oxygen supply. This review provides an update on therapeutic techniques and goals, and reinforces the need for a multidisciplinary approach to the management of patients with refractory angina.

Key words: Angina pectoris. Coronary artery disease. Atherosclerosis. Quality of life.

Full English text available from: www.revvespcardiol.org

coronario o mediante intervenciones coronarias percutáneas (ICP) se ofrece actualmente a una amplia gama de pacientes de alto riesgo. La introducción de los *stents* liberadores de fármacos en la práctica clínica habitual ha reducido las tasas de reestenosis a sólo un dígito y ha ampliado las indicaciones de la ICP a pacientes que no son buenos candidatos a tratamiento operatorio y presentan estenosis de la coronaria principal izquierda no protegida o diabetes mellitus con enfermedad microvascular difusa¹. De igual modo, un uso más generalizado de los importantes avances que se han producido en la revascularización quirúrgica, como el *bypass* coronario *off-pump* (sin uso de *bypass* cardiopulmonar) y los injertos arteriales, ha aportado importantes mejoras en los resultados quirúrgicos². A pesar de estos avances, una proporción considerable de los pacientes con

Correspondencia: Dr. M.G. Cohen.
University of Miami Hospital.
1400 N.W. 12th Avenue, Room 1179. Miami. FL 33136. Estados Unidos.
Correo electrónico: mgcohen@med.miami.edu

una fracción de eyección ventricular izquierda preservada y sin arritmias que comporten peligro para la vida continúan presentando síntomas, con una angina grave debilitante, a causa de la progresión de la enfermedad aterosclerótica nativa combinada con fracaso o imposibilidad de la revascularización. En un estudio prospectivo observacional, Hemingway et al³ señalaron que la tasa de persistencia de angina en el seguimiento realizado a 1 año era de un 52% de los pacientes tratados con ICP y de un 40% de los tratados con cirugía de *bypass* coronario. Resultados similares se observaron en el ensayo multicéntrico, internacional y aleatorizado Arterial Revascularization Therapies Study (ARTS), en el que solamente un 19% de los pacientes tratados con ICP y un 38% de los tratados con *bypass* coronario no presentaban angina ni recibían tratamiento antianginoso en el seguimiento a 1 año⁴. Además, en un metaanálisis de once ensayos aleatorizados de comparación de la ICP con el tratamiento médico en pacientes estables con enfermedad coronaria crónica, la ICP no aportó beneficio alguno en cuanto a la supervivencia⁵.

DEFINICIÓN DE LA ANGINA REFRACTARIA

El European Society of Cardiology Joint Study Group⁶ ha definido la angina refractaria como «un trastorno crónico (> 3 meses de evolución) caracterizado por una angina causada por una insuficiencia coronaria en presencia de una enfermedad coronaria que no puede controlarse con una combinación de tratamiento médico, angioplastia y cirugía de *bypass* coronario. Debe establecerse clínicamente que la presencia de una isquemia miocárdica reversible es la causa de los síntomas». En múltiples estudios clínicos se ha observado que el riesgo de mortalidad a 1 año en este grupo de pacientes es relativamente bajo^{7,8}. Por ejemplo, la estimación del tamaño muestral del ensayo Impact of Nicorandil in Angina (IONA), en el que participaron pacientes en alto riesgo con angina crónica estable, se basó en el supuesto de una tasa de episodios del 13% tras una media de seguimiento de 21 meses para la variable de valoración combinada de muerte coronaria, infarto de miocardio (IM) no mortal u hospitalización no programada por dolor torácico, y una tasa de episodios del 8% para la variable combinada de muerte coronaria o infarto de miocardio no mortal⁹. La tasa real de mortalidad por todas las causas tras una media de seguimiento de 1,6 años en el ensayo IONA fue del 4,3% en el grupo de nicorandil y del 5% en el grupo placebo¹⁰. En un estudio más reciente del Duke Cardiovascular Databank, en el que se incluyó a pacientes no seleccionados que presentaban angina y una enfermedad coronaria grave (estenosis $\geq 75\%$ en dos o tres vasos epicárdicos principales), la tasa de mortalidad a

1 año fue del 11% en los pacientes que no fueron tratados inicialmente con una revascularización. Es de destacar que solamente en un 9,5% de estos pacientes se realizaron posteriormente intervenciones de revascularización durante el seguimiento¹¹.

Así pues, las tasas de eventos relativamente moderadas o bajas en esta población indican que el objetivo del tratamiento debe centrarse principalmente en mejorar la calidad de vida (CdV), siempre y cuando no surjan nuevas posibilidades de revascularización para el paciente y éste esté recibiendo ya un tratamiento médico óptimo.

METAS GENERALES DEL TRATAMIENTO: MEJORA DE LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Modificación de factores de riesgo

De manera similar a lo que ocurre en otros pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica, los principales determinantes de la mortalidad en los pacientes con angina refractaria son la mayor edad, el sexo masculino, la fracción de eyección baja, la gravedad de la enfermedad coronaria, el IM previo y la diabetes mellitus⁷. Así pues, los tratamientos médicos para esta población de pacientes deben dividirse en dos grupos con finalidades distintas. El primero incluye los tratamientos que estabilizan la aterosclerosis, previenen la progresión de la enfermedad, reducen los episodios coronarios recurrentes, preservan la función ventricular izquierda y mejoran la supervivencia total. El otro grupo de tratamientos tiene como finalidad elevar el umbral anginoso mediante la reducción de la demanda de oxígeno o la mejora de las condiciones hemodinámicas para elevar el aporte de oxígeno miocárdico. Los objetivos del primer grupo pueden alcanzarse mediante la modificación agresiva de los factores de riesgo y el uso de tratamientos médicos basados en la evidencia¹². Los tratamientos farmacológicos recomendados incluyen ácido acetilsalicílico, tienopiridinas (para pacientes con alergia a ácido acetilsalicílico o tras una ICP), bloqueadores beta, antagonistas del calcio no dihidropiridínicos, hipolipemiantes, nitratos de acción prolongada, anticoagulación de baja intensidad e inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA). El tratamiento con estatinas parece desempeñar un papel clave en el tratamiento de los pacientes con angina crónica, por sus efectos de reducción de las concentraciones de lípidos y por sus llamados efectos pleotrópicos. Dichos efectos engloban una mejora de la disfunción endotelial, un aumento de la biodisponibilidad de óxido nítrico, propiedades antioxidantes, inhibición de las respuestas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015569>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015569>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)