

## Manejo del paciente con cardiopatía isquémica crónica y comorbilidades asociadas

# Indicaciones actuales de tratamiento médico

Fernando Arós <sup>a,\*</sup>, Javier Rekondo <sup>a</sup>, Miren Morillas <sup>b</sup> e Iñaki Lekuona <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Araba, Vitoria, Álava, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

---

**Palabras clave:**

Cardiopatía isquémica crónica  
Angina de pecho  
Comorbilidades  
Tratamiento médico

---

**Keywords:**

Chronic ischemic heart disease  
Angina  
Comorbidities  
Medical therapy

---

**RESUMEN**

La mortalidad cardiovascular se ha reducido en las últimas décadas. Este hecho, junto con el envejecimiento de la población, ha producido un aumento de las prevalencias de la cardiopatía isquémica crónica y la angina de pecho estable y, por lo tanto, un incremento de pacientes con comorbilidades relacionadas. Las comorbilidades más prevalentes son la hipertensión y la diabetes mellitus, aunque la vasculopatía periférica, la enfermedad obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca y la fibrilación auricular también son frecuentes. En este contexto, el tratamiento médico es cada vez más complejo por la necesidad de utilizar múltiples fármacos, aunque los nuevos antianginosos como la ranolazina y la ivabradina ofrecen nuevas posibilidades para controlar los síntomas. En cualquier caso, el tratamiento médico óptimo siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica es la primera opción terapéutica.

---

**Current Indications for Medical Therapy**

**ABSTRACT**

Mortality associated with cardiovascular disease has decreased in recent decades. The occurrence of this decrease at a time when the population is aging has led to a rise in the prevalence of chronic ischemic heart disease and stable angina and, consequently, an increase in the number of patients with associated comorbidities. Although the most prevalent comorbidities are hypertension and diabetes mellitus, peripheral arterial disease, chronic obstructive pulmonary disease, heart failure, and atrial fibrillation are also common. In this setting, medical therapy is increasingly complex because of the number of drugs that have to be prescribed. Moreover, new antianginal drugs, such as ranolazine and ivabradine, have provided alternative ways of achieving symptom control. Nevertheless, first-line therapy still involves the administration of optimum medical treatment in accordance with clinical practice guidelines.

---

**INTRODUCCIÓN**

En las últimas décadas se ha producido una disminución de la mortalidad por cardiopatía isquémica<sup>1</sup>. La supervivencia tras presentar un síndrome coronario agudo ha aumentado de manera significativa<sup>2</sup> y esto, junto con el envejecimiento general de la población, conlleva que la cardiopatía isquémica crónica (CIC) sea cada vez más prevalente.

Los pacientes alcanzan fases más avanzadas de la enfermedad a edad más avanzada, con el consiguiente incremento de las comorbilidades y la dificultad de manejo.

En este artículo se revisa el tratamiento médico de la CIC, con especial referencia a la angina de pecho estable (AP), y se analiza la repercusión de la comorbilidad en su manejo y sus posibles soluciones.

---

**TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO DE LA ANGINA DE PECHO**

La AP es el síntoma más frecuente de la CIC y aumenta con la edad<sup>3</sup>. La revascularización no consigue controlarla definitivamente. Hemingway et al<sup>4</sup> señalaron que la tasa de angina era del 52% 1 año después de una angioplastia y un 40% tras cirugía coronaria. Un estudio sueco<sup>5</sup> situaba en el 44% los pacientes con angina a los 5 años de la cirugía.

El tratamiento médico recomendado por las guías de práctica clínica hoy vigentes<sup>3,6</sup> incluye recomendaciones encaminadas a prolongar la vida, controlar los síntomas y cambiar el estilo de vida (tabla 1). El conjunto de los tres grupos de terapias es lo que se conoce por tratamiento médico óptimo (TMO)<sup>7</sup>.

Los bloqueadores beta son los fármacos antianginosos de primera línea en ausencia de contraindicaciones. Si no se controlan los síntomas, se recomienda añadir un antagonista del calcio o un nitrato de

---

\*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Araba, Sede Txagorritxu, José Achótegui s/n, 01009 Vitoria-Gasteiz, Álava, España.  
Correo electrónico: aborau@secardiologia.es (F. Arós).

## Abreviaturas

AP: angina de pecho estable  
 CIC: cardiopatía isquémica crónica  
 DM: diabetes mellitus  
 EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica  
 PA: presión arterial  
 TMO: tratamiento médico óptimo

**Tabla 1**  
 Esquema del tratamiento médico óptimo de la angina estable<sup>3,6,7</sup>

Mejoría pronóstica	Mejoría de síntomas	Ambos
Ácido acetilsalicílico	Bloqueadores beta	Actividad física
Estatinas	Antagonistas del calcio	Dieta mediterránea
IECA	Nitratos	Control del tabaquismo
Bloqueadores beta*	Nicorandil	Control del peso
	Ivabradina	

IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

\*Con infarto previo o insuficiencia cardíaca.

acción prolongada. Otras opciones son un estimulador de los canales de potasio (nicorandil) o un inhibidor del canal I<sub>f</sub> (ivabradina). Se recomienda considerar la revascularización cuando se utilizan al menos dos fármacos a dosis adecuadas y persisten los síntomas.

Después de publicadas las guías, varios ensayos clínicos han confirmado la bondad del TMO. El estudio COURAGE<sup>8</sup> analizó si la angioplastia coronaria inicial junto con TMO era superior al TMO solo. Se aleatorizó a 2.287 pacientes con isquemia en el ECG basal o en el test de provocación. El 78% tenía AP. La mediana de seguimiento fue 4,6 años y no se encontraron diferencias significativas en el objetivo compuesto de muerte, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular (ACV) (el 20% con angioplastia frente al 19,5% en el TMO). En el grupo de TMO, a los 5 años mantenían tratamiento con antiagregantes el 95%, con bloqueadores beta el 85%, con antagonistas del calcio el 52%, con nitratos el 57%, con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) el 78% y con estatinas el 93%. El porcentaje de pacientes libres de angina fue mayor con angioplastia durante los primeros 2 años, si bien se igualó a partir del tercero<sup>9</sup>.

En 2011 se publicó el estudio STICH<sup>10</sup>, con 1.212 pacientes con CIC y fracción de eyección  $\leq 35\%$  susceptibles de revascularización quirúrgica. Se los aleatorizó en dos grupos: tratamiento médico sólo o tratamiento médico más cirugía coronaria. Más del 60% de los pacientes tenían angina. Al final del seguimiento (mediana, 56 meses), no hubo diferencias significativas respecto a mortalidad por cualquier causa —que era el objetivo principal—, aunque sí se produjeron menos reingresos en el grupo quirúrgico. Es de destacar que, al final del estudio, el seguimiento era superior al 85% para cada uno de los fármacos que prolongan la vida en la CIC (tabla 1) en ambos grupos.

Sin embargo, la aplicación del TMO en la práctica diaria no ha cambiado a pesar de estos resultados. En una publicación reciente, Borden et al<sup>11</sup>, con más de 450.000 pacientes de Estados Unidos, comprobaron que el TMO había aumentado apenas un 2% después de la publicación del COURAGE, alcanzando el 44,7% antes de la angioplastia y el 63,5% al alta hospitalaria tras la revascularización.

La explicación a estos hallazgos no es fácil. En el *Euro Heart Survey*<sup>12</sup>, la presencia de contraindicaciones de la medicación alcanza a alrededor del 20% de los pacientes, y es probable que la educación sanitaria y la labor de los profesionales de enfermería puedan mejorar esta situación<sup>13</sup>. Otro factor que seguro que limita la utilización de algunos fármacos es la presencia de comorbilidades.

**Tabla 2**

Comorbilidades relacionadas con la cardiopatía isquémica crónica. Datos de tres registros extrahospitalarios y un ensayo clínico

	<i>Euro Heart Survey</i> <sup>14</sup>	CADENCE <sup>15</sup>	CIBAR <sup>16</sup>	COURAGE <sup>8</sup>
Pacientes, n	3.779	2.006	1.108	2.287
Edad (años)	61 ± 11	71 ± 11	69,2 ± 11	61,5 ± 10
Varones, %	58	64	72	85
DM, %	18	30	28,7	35
HTA, %	62	72	65,5	66,5
Vasculopatía, %	7	17	13,8	—
ACV o AIT, %	5	—	—	8,8
EPOC, %	8	22	—	—
Insuficiencia renal, %	1	—	9,2	—
Insuficiencia cardíaca, %	—	22	10,8	4,5
Fibrilación auricular, %	—	10	14,4	—

ACV: accidente cerebrovascular; AIT: accidente isquémico transitorio; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial.

## COMORBILIDADES RELACIONADAS CON LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Para analizar la dimensión del problema en los pacientes con AP son especialmente apropiados los registros extrahospitalarios, ya que así es el entorno habitual de estos enfermos. En la tabla 2 aparecen los datos de tres registros extrahospitalarios, dos con sólo pacientes con AP (*Euro Heart Survey*<sup>14</sup> y el estudio CADENCE<sup>15</sup>), mientras el estudio gallego CIBAR<sup>16</sup> incluye a pacientes con CIC en general. Como referencia se aportan datos del estudio COURAGE<sup>8</sup>. Se puede comprobar que en este caso la distancia entre los registros y los ensayos clínicos no es muy marcada.

El hallazgo común de los tres registros es que las comorbilidades relacionadas más frecuentemente con AP o CIC son la hipertensión arterial (un 60-70% de los pacientes) y la diabetes mellitus (DM) (20-30%). La vasculopatía periférica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca y la fibrilación auricular afectan a un 10-20% de los pacientes.

La comorbilidad es un factor independiente respecto a mortalidad y calidad de vida. En la escala de riesgo pronóstico para pacientes con AP propuesta por el *Euro Heart Survey*<sup>17</sup>, la DM añade 57 puntos al cálculo del riesgo, mientras que las demás comorbilidades tienen un peso de 86 puntos. En ese estudio, la comorbilidad incluye eventos cerebrovasculares, enfermedad arterial periférica, EPOC, enfermedad hepática, insuficiencia renal, enfermedades inflamatorias y neoplasias (las cuatro últimas con prevalencia < 2%).

En el estudio CIBAR-BARBANZA<sup>18</sup>, realizado con pacientes de la zona de Santiago de Compostela, el principal factor pronóstico de muerte cardiovascular fue la insuficiencia cardíaca previa. También se relacionaron con la mortalidad de modo significativo el ingreso hospitalario reciente, la DM y la insuficiencia renal.

En el estudio CADENCE<sup>15</sup>, que es un registro estratificado entre los médicos de atención primaria de Australia, el número de crisis de angina que los pacientes habían sufrido y, por lo tanto, la calidad de vida percibida se relacionaron significativamente con el sexo femenino, la insuficiencia cardíaca previa y la vasculopatía periférica.

Por otro lado, todas estas comorbilidades conllevan la necesidad de utilizar tratamientos específicos, con lo que es más posible la «polifarmacia», que implica peor cumplimiento terapéutico y mayor riesgo de interacciones medicamentosas. En la tabla 3 se exponen las implicaciones en el manejo terapéutico de las diferentes comorbilidades.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019519>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019519>

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