

Angina de pecho estable. Trascendencia clínica en la era de la intervención, limitaciones y avances actuales de su terapia farmacológica

Joaquín J. Alonso^a y Héctor Bueno^b

^aServicio de Cardiología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

^bUnidad Coronaria. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

La angina de pecho estable continúa siendo en la era de la revascularización un problema relevante. Su trascendencia se sustenta en su alta prevalencia (un 2-4% de la población) y en el consumo de recursos sanitarios que origina. 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. Los objetivos del tratamiento de los pacientes con angina estable son: *a*) 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, y *b*) mejorar los síntomas reduciendo los episodios isquémicos y aumentar la calidad de vida. El tratamiento antianginoso 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.

Palabras clave: *Cardiopatía isquémica. Angina de pecho.*

Stable Angina Pectoris. Clinical Relevance in the Era of Coronary Interventions and Limitations of Pharmacological Therapy

Stable angina continues to be an important problem, even in the era of coronary revascularization. Its significance lies in its high prevalence (i.e., 2–4 % of the population) and its impact on health resources. Although the prognosis of stable angina is more favorable than that of acute coronary syndrome, angina leads to a deterioration in quality of life and to frequent problems with therapy. Annual mortality is some 0.5–2.6% and the incidence of nonfatal myocardial infarction is 1–2% a year. The aims of treatment in patients with stable angina are: 1) to improve prognosis by preventing myocardial infarction and death by reducing the incidence of acute thrombotic events and by countering the development of left ventricular dysfunction, and 2) to improve symptoms by reducing the number of ischemic episodes and improving quality of life. Antianginal treatment is frequently suboptimal because of a low level of adherence to treatment guidelines, which also results in frequent side effects. Interventions aimed at increasing guideline adherence and new drugs, such as ivabradine, can help improve treatment in patients with stable angina.

Key words: *Coronary artery disease. Angina pectoris.*

INTRODUCCIÓN

La angina de pecho estable es la expresión clínica más común de la cardiopatía isquémica crónica sintomática¹ y la manifestación inicial de la enfermedad coronaria en más de la mitad de los pacientes². Como reconoce el reciente documento sobre el manejo de la angina de pecho

estable de la Sociedad Europea de Cardiología³, esta entidad no ha recibido la misma atención en los últimos años que las diferentes formas clínicas del síndrome coronario agudo (SCA), ni desde el punto de vista de la investigación fisiopatológica, epidemiológica o de su tratamiento ni desde la ordenación y crítica de los nuevos conocimientos que se tiene de ella. Las razones de este menor interés por la angina crónica estable por parte de la comunidad cardiológica son: *a*) el menor avance en el conocimiento de sus mecanismos y terapéuticas en las últimas décadas en relación con el SCA; *b*) las dificultades que conlleva la investigación en este campo (pacientes no hospitalizados,

Correspondencia: Dr. J.J. Alonso.
Servicio de Cardiología. Hospital de Fuenlabrada.
Camino del Molino, 2. 28942 Fuenlabrada. Madrid. España.
Correo electrónico: jalonso.hflr@salud.madrid.org

ABREVIATURAS

IECA: inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina.

SCA: síndrome coronario agudo.

SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento T.

dificultades en el desarrollo de definiciones claras y en la cuantificación de sus parámetros clínicos), y *c*) la inadecuada percepción de que tiene una menor importancia al ser su pronóstico más favorable que el del SCA.

Sin embargo, la angina estable continúa siendo un problema relevante, no sólo por su frecuencia, sino por los problemas que conlleva el tratamiento antianginoso en algunos pacientes. Esta situación justifica la pertinencia de este número monográfico de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA SUPLEMENTOS y en concreto de este capítulo, que tiene como objetivo describir el papel de la angina de pecho estable en la cardiología actual, inmersa en la estrategia de la revascularización, y las bases, limitaciones y nuevas oportunidades de su manejo farmacológico y en concreto de su tratamiento antianginoso. El resto de la terapia farmacológica de la angina crónica estable, destinada fundamentalmente a la prevención secundaria y terciaria (antiagregación, estatinas, etc.) de la cardiopatía isquémica, no será más que enumerada, ya que es objeto frecuente de actualizaciones y revisiones en otras publicaciones al ser similar a la del SCA.

DEFINICIÓN

La cardiopatía isquémica crónica tiene diversas expresiones clínicas. Una de las más frecuentes es su forma asintomática. Ésta incluye a todos los pacientes que han debutado con un SCA o angina estable, han recibido un tratamiento adecuado, frecuentemente con revascularización percutánea o quirúrgica asociada, y se encuentran en el seguimiento asintomáticos y sin datos de isquemia en las pruebas de provocación. Otro grupo importante de pacientes es el formado por los asintomáticos con isquemia silente (diabéticos o pacientes que por otros mecanismos tienen isquemia de esfuerzo físico o en situaciones de estrés emocional que no se expresa clínicamente como angina o sus equivalentes). Por último, queda el subgrupo con angina de esfuerzo estable como forma inicial de manifestación de la cardiopatía isquémica o como situación residual a pesar del tratamiento realizado después de un SCA. No existen estudios que hayan analizado la frecuencia relativa de estas distintas formas clínicas de la cardiopatía isquémica estable. El tratamiento antianginoso, cuyo análisis es objeto fundamental de este artículo, afecta a las tres formas de presentación de la cardiopatía isquémica crónica mencionadas, pero especialmente a la última. En este grupo de pacientes, uno de los obje-

tivos principales de su manejo es conseguir que el paciente deje de presentar angina, de forma que pueda realizar una actividad lo más normal posible, y es aquí donde surgen problemas para alcanzarlo.

La definición de angina de pecho crónica o estable ha permanecido sin modificaciones sustanciales desde la década de los ochenta. De hecho, la definición de las últimas guías de práctica clínica publicadas³ (Sociedad Europea de Cardiología, 2006), como un síndrome clínico caracterizado por sensación de molestia o malestar en el tórax, las mandíbulas, los hombros, la espalda o los brazos que típicamente se desencadena por el ejercicio y se alivia con el reposo o la nitroglicerina y es atribuible a isquemia miocárdica, es similar a la propuesta en 1982 por el Grupo de Trabajo de la Angina de Pecho de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias de la Sociedad Española de Cardiología⁴ y que mantuvo en 1995 la misma Sección en sus documentos que pretendían normalizar los conceptos y la terminología⁵. En la definición contenida en las recomendaciones de ambas sociedades se aclaran dos aspectos conceptuales que son importantes. El primero es que, aunque la causa más común de la isquemia miocárdica es la enfermedad coronaria arteriosclerótica, se puede inducir isquemia miocárdica en ausencia de ésta en casos de miocardiopatía hipertrófica o dilatada, estenosis aórtica u otras afecciones inusuales en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva aterosclerótica³. En estos casos, las consideraciones sobre su manejo son diferentes y estas situaciones especiales no se analizan en este capítulo. El segundo se refiere a que, por definición, la angina estable es la angina de esfuerzo en cuyo patrón de presentación no ha habido cambios en el último mes de evolución. Ciertas modificaciones en el umbral anginoso, incluso algún dolor esporádico y breve en reposo, pueden ser atribuidas a variaciones en el tono vascular y no deben modificar el concepto de estabilidad¹.

TRASCENDENCIA CLÍNICA DE LA ANGINA DE PECHO ESTABLE EN LA ERA DE LA INTERVENCIÓN CORONARIA

La trascendencia clínica de una determinada afección está determinada por su incidencia y su prevalencia, su perfil clínico y su pronóstico.

Prevalencia e incidencia

Dos de los marcadores importantes de la trascendencia clínica de una enfermedad son su incidencia y prevalencia, que nos dan una idea fiel de su impacto cuantitativo. Ambas son muy difíciles de medir en el caso de la angina estable. El diagnóstico de la angina crónica se establece sobre bases clínicas fundamentalmente y, por tanto, está sometido a un grado importante de subjetividad³. No hay parámetros objetivos, analíticos, electrocardiográficos o de otro tipo que puedan sustituir a la evaluación de la his-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019695>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019695>

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