



Tratamiento de la angina estable

M.A. Sastre Perona, M. Álvarez Sánchez* y L. Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Palabras Clave:

- Tratamiento médico de la angina
- Revascularización coronaria
- Angina refractaria

Keywords:

- Medical treatment of angina
- Coronary revascularisation
- Refractory angina

Resumen

Objetivos. Los objetivos del tratamiento de la cardiopatía isquémica estable (CIE) son disminuir los síntomas y la mejora pronóstica.

Tratamiento. Debe englobarse como un abordaje multifactorial, incluyendo entre los distintos puntos el control de los factores de riesgo cardiovascular, la educación del paciente, el tratamiento farmacológico y, en los casos indicados, la revascularización de forma percutánea o mediante cirugía. Un papel fundamental en el manejo de estos pacientes son las modificaciones en el estilo de vida a fin de garantizar el control de los factores de riesgo cardiovascular. Hay que valorar el riesgo de progresión de la enfermedad coronaria con el fin de prevenir las complicaciones como el infarto agudo de miocardio o la muerte, por lo que una parte importante del manejo incluye la evaluación del riesgo y decidir si realizar pruebas de detección de isquemia.

Factores precipitantes. Otro importante factor es el diagnóstico y control de factores precipitantes de los síntomas de isquemia como pueden ser enfermedades como la anemia u otros estados que propicien estados hiperdinámicos como son el hipertiroidismo, la anemia o la fiebre.

Abstract

Treatment of stable angina

Objectives. Treatment objectives for stable coronary heart disease (SCHD) are to reduce the symptoms and improve prognosis.

Treatment. This should be multi-factorial in approach, and include control of cardiovascular risk factors; education of the patient; pharmacological treatment and, in specific cases, percutaneous or surgical revascularisation. An essential factor in the management of these patients are changes to lifestyle in order to guarantee control of cardiovascular risk factors. The risk of progression of the coronary heart disease must be assessed, in order to avoid complications such as acute myocardial infarction or death. A considerable part of management must therefore include risk assessment and the decision whether to carry out heart disease detection tests.

Precipitating factors. Another major factor is diagnosis and control over precipitating factors of ischaemia symptoms such as anemia or conditions leading to hyperdynamic states such as hyperthyroidism or fever.

Tratamiento no farmacológico

Modificaciones de la conducta

Los cambios en el estilo de vida son fundamentales para un correcto control de los factores de riesgo cardiovascular. Es-

tán basados en patrones de comportamiento de larga duración que son mantenidos por el entorno de los pacientes. Por tanto, para realizar modificaciones en el estilo de vida será necesaria una comunicación adecuada, en muchos casos es necesaria la colaboración de los cuidadores principales del paciente.

Para lograr cambios a largo plazo en el estilo de vida es recomendable realizar cambios graduales. Los mayores abandonos se producen cuando se intenta lograr reducciones

*Correspondencia

Correo electrónico: marta.alvarez73@gmail.com

sustanciales en cortos periodos de tiempo. Por tanto, hay que plantear pequeños objetivos realistas para lograr un cambio progresivo y que se perpetúe en el tiempo¹.

Es muy importante un trato cercano, intentando buscar la motivación de cada paciente, concienciando al sujeto y a su entorno de la importancia de los cambios para que pueda establecerse un ambiente de motivación que ayude al paciente en su día a día y a conseguir los objetivos.

Un abordaje multimodal con cambios en hábitos alimentarios, ejercicio, pérdida de peso, relajación, cese del hábito tabáquico y control de la tensión arterial son necesarios sobre todo en pacientes de muy alto riesgo para conseguir el máximo beneficio.

Por último, hay que resaltar la importancia del tratamiento médico y psicológico en los pacientes con enfermedad coronaria y depresión. Se ha demostrado moderada disminución de la recurrencia de eventos (número necesario a tratar 34) y mejoría en la sintomatología y calidad de vida, pese a no demostrar una disminución global de la mortalidad gracias al tratamiento ajustado de la depresión.

Tabaco

El tabaco es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular, incluyendo enfermedad coronaria, cerebrovascular y mortalidad por causa cardiovascular. El efecto sobre el riesgo cardiovascular es dosis dependiente, sin presentar una dosis mínima carente de riesgo. Dentro de los pacientes con enfermedad coronaria, hasta un 16% de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) son fumadores, con una persistencia del hábito tabáquico de hasta el 50% a los 16 meses del evento agudo².

Los pacientes que continúan fumando una vez establecida la enfermedad coronaria tienen un riesgo aumentado de IAM y muerte por todas las causas, incluyendo muerte súbita. Este riesgo disminuye paulatinamente en aquellos que cesan el consumo de tabaco respecto a aquellos que continúan fumando³.

Tras un IAM, el cese del hábito tabáquico es la medida más efectiva como prevención de riesgo para evitar un nuevo IAM o muerte⁴.

Exposiciones reducidas como el consumo pasivo por exposición ambiental también se han asociado con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. Por todo ello, el cese del hábito tabáquico es un importante objetivo para la disminución de nuevos eventos y, por tanto, mejoría pronóstica de los pacientes con cardiopatía isquémica estable (CIE).

Se debe instar a todos los pacientes para que cesen el hábito tabáquico, insistiendo en las consecutivas visitas a aquellos pacientes que continúen el consumo. Para ayudar en el cese del consumo se debe ofrecer apoyo y asesoramiento. Se pueden ofertar medidas farmacológicas, estando disponibles dispositivos de sustitución de nicotina (DSN), bupropión y vareniciclina. Los DSN y bupropión han demostrado ser eficaces con una reducción del riesgo relativo que casi duplica al placebo⁵. Bupropión es seguro a nivel cardiovascular en los pacientes con cardiopatía isquémica, el principal efecto adverso de bupropión es el riesgo de epilepsia farmacológica, es dosis dependiente, oscilando según la dosis entre

un 0,1% en bajas dosis y un 2,2% en altas dosis. Vareniciclina ha demostrado ser más eficaz que bupropión y los DSN, es segura a nivel cardiovascular, sin llegar a demostrarse el aumento de eventos cardiovasculares en los pacientes con CIE, siendo apoyado su uso por la *Food and Drug Administration* dadas las ventajas que supone su uso gracias al cese del hábito tabáquico⁶.

En cuanto a los cigarrillos electrónicos, un nuevo DSN, aún no hay datos de seguridad a largo plazo, por lo que de momento no se puede recomendar su uso⁷.

Ejercicio

La actividad física, bien sea de forma ambulatoria e independiente o como parte de un programa de rehabilitación cardíaca estructurado, es beneficiosa para los pacientes con cardiopatía isquémica con una reducción de la mortalidad. Debe ser ejercicio físico aeróbico regular de una intensidad moderada, realizando aproximadamente 30 minutos diarios. La rehabilitación cardíaca incrementa la capacidad física, reduce la isquemia miocárdica, ayuda a controlar la angina de esfuerzo y mejora la función endotelial.

Nutrición

La nutrición tiene gran influencia en el riesgo cardiovascular, por lo que una adecuada nutrición ayudará a un mejor manejo de otros factores como son la hipertensión arterial (HTA), la obesidad o la dislipidemia, mejorando por tanto el pronóstico a largo plazo. Una dieta saludable debe asegurar una ingesta calórica adecuada que permita un buen control del peso, para mantener un índice de masa corporal por debajo de 25. Además debe tener una composición adecuada, con un buen equilibrio de sus componentes, los grupos que más interés tienen para el control de riesgo cardiovascular van a ser los ácidos grasos, minerales, vitaminas y fibra.

En cuanto a los ácidos grasos, interesa un buen balance de su proporción en la dieta, los ácidos grasos saturados son perjudiciales, debiendo componer menos del 10% de la ingesta calórica diaria, es recomendable sustituirlos por ácidos grasos poliinsaturados. Los ácidos grasos poliinsaturados al sustituir en la dieta a los ácidos grasos saturados producen un aumento de los niveles de HDL y una disminución de los niveles de colesterol LDL. Conviene reducir lo máximo posible (menos de 1%) el consumo de ácidos grasos trans que producen un aumento del colesterol total y un descenso del colesterol HDL aumentando así el riesgo cardiovascular.

En cuanto a las dietas, la más saludable es la mediterránea. El estudio PREDIMEN demostró en la población general una disminución cercana al 30% de incidencia de complicaciones cardiovasculares mayores (IAM, muerte cardiovascular e ictus)⁸.

Dislipidemias

Los niveles elevados de colesterol LDL, así como los niveles elevados de triglicéridos y más recientemente los niveles bajos de HDL han sido relacionados con eventos cardiovasculares, siendo su descenso una medida eficaz para evitar los eventos. La principal diana para el tratamiento serán los niveles de colesterol LDL.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681339>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681339>

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