

Manejo del paciente con cardiopatía isquémica crónica y comorbilidades asociadas

Angina estable y comorbilidades asociadas

Stable Angina and Associated Comorbidities

Vicente Barriales Álvarez* y José Luis Lambert Rodríguez

Servicio de Cardiología, AGC del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

INTRODUCCIÓN

Las mejoras en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos, junto con la disminución de la mortalidad aguda y el aumento de la esperanza de vida, han propiciado un importante aumento de la prevalencia de la cardiopatía isquémica crónica y, por lo tanto, de la angina de pecho estable, que ocurre en una población con gran número de comorbilidades asociadas, lo que condiciona su manejo tanto diagnóstico como terapéutico^{1,2}.

La angina de pecho crónica estable es un síndrome clínico muy frecuente, que se caracteriza por un dolor o malestar precordial secundario a isquemia miocárdica; para manejarlo hay mucha evidencia clínica, perfectamente recogida en guías de práctica clínica norteamericanas y europeas, que asumimos en España³.

Sin embargo, en la clínica real, la mayoría de nuestros pacientes presentan determinadas características o comorbilidades^{4,5} para las que, siendo estrictos, no podríamos aplicar las recomendaciones de las guías de práctica clínica, ya que muchos estudios aleatorizados excluyen a pacientes de edad avanzada, con insuficiencia renal, neumoopatías crónicas y diabetes mellitus con afección sistémica, y en la mayoría las mujeres están muy poco representadas. En los ensayos clínicos es necesario que el paciente sea buen cumplidor de las recomendaciones terapéuticas, lo que en la vida real está lejos de ser verdad.

En esta monografía incluimos cuatro aspectos muy importantes para conocer y tratar mejor la angina estable con comorbilidades: *a*) epidemiología de la angina estable y comorbilidades; *b*) diagnóstico y estratificación del riesgo; *c*) indicaciones actuales y particularidades del tratamiento médico, y *d*) indicaciones actuales de revascularización. Por último, se presentan dos casos clínicos reales en los que se discuten los aspectos teóricos presentados.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANGINA ESTABLE Y COMORBILIDADES

Inicialmente se hace un análisis epidemiológico de la angina estable. Se suele solicitar al cardiólogo en casos de inestabilización del cuadro, por lo que podría dar la sensación de que el cuadro de angina estable es poco frecuente, y esto es indudablemente falso, aunque sí es verdad que sus verdaderas incidencia y prevalencia son más difíciles de cuantificar⁶, ya que es un cuadro eminentemente clínico que pocas veces requiere ingreso hospitalario. Más problemático es conocer la prevalencia de las comorbilidades que pueden influir en el manejo y el pronóstico de este síndrome⁷, así como si existen diferencias en el pronóstico y el manejo según sexo⁶, raza u otras circunstancias.

DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN LA ANGINA ESTABLE

Partiendo del hecho de que el diagnóstico de angina de pecho es clínico, se hace una completa y exhaustiva revisión de las pruebas diagnósticas necesarias para la estratificación de estos pacientes, el papel de cada una de ellas, su valor predictivo, la secuencia en que se debe realizarlas, cuándo es necesario detenerse y no realizar más pruebas, la interpretación de los resultados y cómo deben influir en la opción terapéutica. Es necesario conocer qué nos va a aportar la prueba que vamos a solicitar o practicar y si realmente aporta algún valor que justifique el riesgo o el coste del estudio.

INDICACIONES ACTUALES DE TRATAMIENTO MÉDICO Y REVASCULARIZACIÓN

La angina de pecho es la manifestación más frecuente de la enfermedad coronaria crónica; incluso después de someterse a revascularización, un alto porcentaje de pacientes vuelve a presentar angina que precisa tratamiento.

Está perfectamente establecido cuál es el tratamiento médico óptimo (TMO) recomendado por las guías de práctica clínica, que incluye cambios en los estilos de vida, para evitar o controlar los factores de riesgo modificables y el uso de medicamentos, ya sea para prolongar la vida o para controlar los síntomas³.

El problema es que los pacientes muchas veces presentan distintas comorbilidades, ya están polimedcados por otras enfermedades⁸, y hay que conocer el grado de interacción de estas medicaciones con la enfermedad coronaria y con los posibles medicamentos que les prescribamos y cómo influirán en sus comorbilidades. Esto se une a la falta de evidencia y de estudios suficientemente contrastados sobre la eficacia de los fármacos antianginosos tradicionales en los subgrupos de población con diversas comorbilidades, por lo que la incorporación de nuevos fármacos antianginosos⁹⁻¹¹ al arsenal terapéutico contra la angina contribuirá a un mejor control de los síntomas de estos pacientes más complejos. En la presente monografía se hace un estudio detallado de los principales fármacos de uso corriente y de cómo se comportan con distintas comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva congestiva, depresión y psicofármacos) y se estudia el papel de nuevos antianginosos como la ivabradina y la ranolazina en este tipo de pacientes.

Un reto similar se plantea con la revascularización, sea percutánea o quirúrgica. Están bien establecidas las indicaciones quirúrgicas de la angina estable en los pacientes con angina estable y TMO que sufran dificultad para controlar los síntomas, isquemia extensa inducible o

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, AGC del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Celestino Villamil s/n, 33006 Oviedo, Asturias, España.
Correo electrónico: vicente.barriales@sespa.princast.es (V. Barriales Álvarez).

lesiones coronarias complejas o de alto riesgo^{5,12}. Sin embargo, los enfermos con comorbilidades están poco representados o directamente se los ha excluido de los grandes estudios¹³. Además, hay una tendencia a ser más conservador con los enfermos más complejos, que paradójicamente son los que más se benefician de una actitud más intervencionista. Hasta que se disponga de más evidencia, es necesario individualizar cada caso y estudiarlo en el contexto de su situación clínica y riesgo/beneficio de plantear una revascularización.

Sobre el tipo de revascularización, se aplican los criterios para pacientes sin comorbilidades¹⁴, y aunque no se tenga certeza de su valor, sí es útil aplicar las distintas puntuaciones, como SYNTAX¹⁵, que orientan sobre el tipo de revascularización más adecuado.

La aplicación práctica de lo mencionado se realiza mediante la exposición de dos casos clínicos. El primero es un paciente con cardiopatía isquémica crónica que presenta varios factores de riesgo cardiovascular y múltiples comorbilidades en un seguimiento de 6 años. El segundo es un varón cuya cardiopatía isquémica se inició como una angina de esfuerzo con varios factores de riesgo y comorbilidades asociadas. En ambos casos se discute la necesidad de la estratificación pronóstica, el buen control de los factores de riesgo y las comorbilidades asociadas y las opciones terapéuticas.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Arós F, Heras M, Vila J, Sanz H, Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, et al. Reducción de la mortalidad precoz y a 6 meses en pacientes con IAM en el periodo 1995-2005. Datos de los registros PRIAMHO I, II y MASCARA. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:972-80.
- Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, Ramos R, Elosua R, Violan-Fors C, et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988-2005. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:988-96.
- Fox K, Garcia MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2006;27:1341-81.
- Otero RF, Mazon-Ramos P, Grigorian-Shamagian L, Nores-Lorenzo A, Zugaza-Gurruchaga L, Seoane-Blanco R, et al. Influencia de la diabetes en las características clínicas y el pronóstico de pacientes con cardiopatía isquémica crónica. Estudio CIBAR. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1371-6.
- Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2007;356:1503-16.
- Hemingway H, McCallum A, Shipley M, Manderbacka K, Martikainen P, Keskimaki I. Incidence and prognostic implications of stable angina pectoris among women and men. *JAMA*. 2006;295:1404-11.
- Timmis AD, Feder G, Hemingway H. Prognosis of stable angina pectoris: why we need larger population studies with higher endpoint resolution. *Heart*. 2007;93:786-91.
- Daly CA, Clemens F, Sendon JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, et al. The clinical characteristics and investigations planned in patients with stable angina presenting to cardiologists in Europe: from the Euro Heart Survey of Stable Angina. *Eur Heart J*. 2005;26:996-1010.
- Ranoleze RS, Rangel RM, Edwards KL, Chastain LM, Brouse SD, Alvarez CA, et al. Ranolazine for the treatment of refractory angina in a veterans population. *Cardiovasc Revasc Med*. 2012;13:141-5.
- Cecconi C, Freedman SB, Tardif JC, Hildebrandt P, McDonagh T, Gueret P, et al. Effect of heart rate reduction by ivabradine on left ventricular remodeling in the echocardiographic substudy of BEAUTIFUL. *Int J Cardiol*. 2011;146:408-14.
- Fox K, Ford I, Steg PG, Tendera M, Robertson M, Ferrari R. Heart rate as a prognostic risk factor in patients with coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;372:817-21.
- Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di MC, Falk V, Folliguet T, et al. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2010;31:2501-55.
- Brener SJ, Lytle BW, Casserly IP, Schneider JP, Topol EJ, Lauer MS. Propensity analysis of long-term survival after surgical or percutaneous revascularization in patients with multivessel coronary artery disease and high-risk features. *Circulation*. 2004;109:2290-5.
- Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP, Colombo A, Holmes DR, Mack MJ, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2009;360:961-72.
- Kappetein AP, Feldman TE, Mack MJ, Morice MC, Holmes DR, Stahle E, et al. Comparison of coronary bypass surgery with drug-eluting stenting for the treatment of left main and/or three-vessel disease: 3-year follow-up of the SYNTAX trial. *Eur Heart J*. 2011;32:2125-34.