

Angina estable

Tratamiento

Uno de los síntomas más característicos de la cardiopatía sistémica es la angina de pecho, definida por la Sociedad Española de Cardiología como «un dolor, opresión o malestar, generalmente torácico, atribuible a isquemia miocárdica transitoria». Nos ocupamos a continuación de la angina descrita como «estable».

El concepto de angina es clínico, por lo que su diagnóstico también lo es. Puede presentarse angina sin lesiones angiográficas y también pueden existir lesiones coronarias sin que se presente angina.

Clínica

Los síntomas de la angina suelen percibirse bajo el esternón, pero pueden irradiarse a hombros, brazos, cuello e incluso mandíbula. Puede sentirse también una sensación similar a indigestión o gases.

La angina de pecho puede clasificarse en estable, inestable y angina variante o de Prinzmetal.

La angina estable se atiene al patrón típico sin cambios ni variantes y sin previsión de complicaciones en un futuro inmediato. Se reconocen cuatro grados:

- **Grado I.** Sólo aparece con la práctica de ejercicio intenso y prolongado.
- **Grado II.** Aparece con el ejercicio moderado: subiendo escaleras, subiendo cuestras, con frío o viento, con estrés...
- **Grado III.** Se presenta al caminar o al subir un breve tramo de escaleras.

- **Grado IV.** Aparece en todo momento realizando cualquier tipo de actividad física.

La angina inestable incluye todas las formas de angina que se apartan del patrón típico de angina estable: angina de reposo, angina de inicio o angina progresiva. El desarrollo es incierto pero no necesariamente negativo.

La angina variante o angina de Prinzmetal puede aparecer en reposo y normalmente por la noche. Se produce por un espasmo de una arteria coronaria. Muchos individuos con este tipo de angina presentan también un grado severo de aterosclerosis (obstrucción) como mínimo, en uno de los principales vasos del corazón. También pueden presentarla, aunque con menor frecuencia, pacientes con enfermedades de las válvulas cardíacas, con hipertensión arterial mal controlada, así como individuos que consumen drogas de abuso como cocaína y metanfetaminas.

Angina estable

La causa que provoca la angina estable es una obstrucción corona-

ria debida a un ateroma que crece lentamente y va cerrando la luz de la arteria de forma progresiva hasta provocar una alteración miocárdica debida a la isquemia. En ese momento pueden registrarse cambios en el electrocardiograma y puede haber manifestación clínica de la angina.

Esta situación se produce cuando se realiza un esfuerzo que requiere una mayor aportación de oxígeno al corazón y se normaliza cuando cesa el ejercicio, por lo que es una situación transitoria.

El diagnóstico de la angina es clínico y el síntoma principal es una molestia torácica opresiva que se presenta con un determinado nivel de esfuerzo. La localización es detrás del esternón y algunas veces irradia hacia el cuello, la mandíbula o los brazos. No cambia con ejercicios respiratorios ni con cambios posturales. Solamente cede con el reposo y con la administración de nitroglicerina sublingual.

Tratamiento de la angina estable

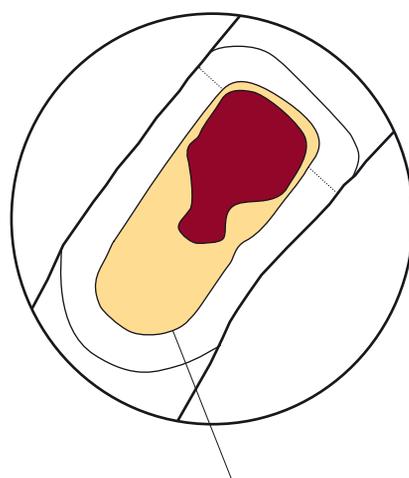
Ante una angina estable, lo primero es aplicar unos cambios básicos en los hábitos cotidianos:

- Dejar de fumar.
- Reducir peso en caso de sobrepeso.
- Seguir una dieta saludable rica en verduras, legumbres, aceite de oliva, pescado azul y pollo. Reducir el consumo de grasas y moderar el consumo de sal.
- Controlar el colesterol y reducir sus valores en caso necesario.
- Realizar ejercicio físico moderado.
- Evitar situaciones que puedan desencadenar la angina: ejercicio intenso, comidas abundantes, frío, estrés, etc.

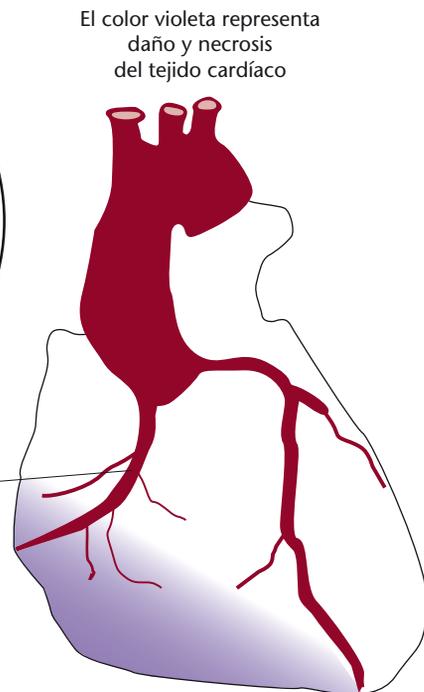
Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la angina de pecho se basa en los siguientes fármacos:

- **Antiagregantes.** A todos los pacientes con enfermedad coronaria se les recomienda ácido acetilsalicílico (AAS). Reduce el riesgo de episodios coronarios en pacientes con angina estable en dosis de 80-325 mg/día. Como antiagregantes alternativos para pacientes con intolerancia al AAS cabe citar clopidogrel, ticlopidina y trifusal. En pacientes portadores de *stents* coronarios se recomienda la combinación de AAS con otro antiagregante durante un mes, para continuar indefinidamente con AAS.
- **Nitratos.** Son fármacos relajantes de la fibra muscular lisa vascular. Su mecanismo de acción está basado en su capacidad de generar óxido nítrico, del cual existe una carencia en los vasos coronarios debida a una baja producción por parte del endotelio. Llevan un mayor aporte de oxígeno a las zonas isquémicas y reducen la presión arterial y el volumen ventricular al disminuir la precarga por dilatación venosa, con lo que además logran reducir la necesidad de oxígeno en el miocardio.
Todos los pacientes coronarios deben llevar consigo siempre nitroglicerina sublingual para reaccionar ante situaciones de crisis.



La acumulación de placa en la arteria coronaria bloquea el flujo de sangre y oxígeno hacia el corazón



El color violeta representa daño y necrosis del tejido cardíaco

Existe también una presentación en aerosol y en grageas con cubierta entérica que deben morderse para obtener una rápida acción. En ocasiones se recomienda la forma transdérmica en parches durante un período limitado, ya que poseen efectos adversos como irritación en la zona de aplicación o cefaleas.

- **Bloqueadores beta.** Reducen la demanda de oxígeno del miocardio al disminuir la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la contractilidad. Los bloqueadores beta selectivos son metoprolol y atenolol y actúan bloqueando los receptores beta-1 adrenérgicos. Los no selectivos son propranolol y sotalol y bloquean, además, los receptores beta-2 que están presentes en los bronquios y en los vasos periféricos. Dicho bloqueo produce broncoconstricción y vasoconstricción periférica. Los bloqueadores alfa y beta, como el carvedilol, causan vasodilatación al bloquear los receptores alfa situados en los vasos periféricos.

Los bloqueadores beta no deben ser utilizados por pacientes asmáticos ni por aquellos que padezcan bloqueo auriculoventricular. Son fármacos muy beneficiosos para pacientes cardíacos pero deben ser utilizados con precaución.

- **Antagonistas del calcio.** Producen vasodilatación coronaria y periférica y reducen el consumo de oxígeno. Se utiliza verapamilo o diltiazem en casos de angina estable en los que están contraindicados los bloqueadores beta.
Otros antagonistas del calcio como nifedipino, amlodipino, nisoldipino y felodipino se utilizan conjuntamente con bloqueadores beta.
- **Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).** Se están utilizando cada vez más para casos de angina y especialmente en pacientes con disfunción ventricular izquierda asintomática o con insuficiencia cardíaca.

La elección del tratamiento antianginoso debe ser personalizada para cada paciente. ■