



ANGINA ESTABLE CRÓNICA

1 GENERALIDADES

Se define como **ANGINA ESTABLE** la angina de esfuerzo que no ha presentado cambios en su patrón de presentación en el último mes de evolución.

Para evaluar la severidad empleamos la clasificación de la Canadian Cardiovascular Society (CCS), que reconoce cuatro clases funcionales:

1. Clase I: La actividad física ordinaria no produce angina
2. Clase II: Limitación ligera de la actividad física ordinaria
3. Clase III: Limitaciones manifiestas en la actividad física ordinaria
4. Clase IV: El paciente es incapaz de llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física.

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

2.1 Prueba de esfuerzo

❖ Indicaciones:

- Pacientes con cambios significativos en la situación clínica y sin contraindicaciones para la realización de la prueba.
- Pacientes que deseen reanudar la actividad laboral o practicar deporte y que no tengan una prueba esfuerzo limitada por síntomas en los 3 meses previos. basal en todos los pacientes con dolor anginoso, síncope o EAP.

2.2 Eco de estrés o isótopos

❖ Indicaciones:

- Pacientes con indicaciones de una prueba de esfuerzo y contraindicaciones para su realización.
- Obtención de datos equívocos o no concluyentes en la prueba de esfuerzo.

2.3 Ecocardiograma

- ❖ La función de VI se deberá valorar en todos los pacientes, independientemente del método elegido.

❖ Indicaciones:

- Medida de la función sistólica global ventricular en reposo como factor pronóstico.
- En pacientes con disfunción de VI y sospecha de remodelado, cuando sea necesaria para guiar la terapéutica.
- En pacientes con IAM previo y sospecha de disfunción de VI para valorar la posible implantación de DAI.
- Valoración del riesgo preoperatorio de cirugía no cardíaca mayor.
- Previa a cirugía cardíaca y tras revascularización coronaria.

No está indicada la ecocardiografía como evaluación de rutina repetida en los _____ pacientes en los que no hay ningún cambio clínico.



2.4 Cateterismo cardiaco

- ❖ Indicaciones:
 - Evidencia de isquemia con criterios de severidad en las pruebas complementarias (ergometría, gammagrafía de perfusión, eco-estres).
 - Pacientes con angina severa no controlable con tratamiento médico o mala tolerancia al mismo.
 - Pacientes con angina y signos o síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva.
 - Pacientes con angina que han sobrevivido a un episodio de muerte súbita o arritmia ventricular grave.
- ❖ Consideraciones adicionales:
 - Se individualizarán en función de dudas diagnósticas, la severidad de los síntomas o ciertas características del paciente (edad, tipo de profesión, candidatos a cirugía vascular mayor, etc.).
 - En ausencia de estenosis significativas se considerará el estudio mediante IVUS o guía de presión.
 - De momento no existen indicaciones específicas para la realización de coronariografía no invasiva mediante TC.

3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- ❖ No se establece ninguna pauta específica para el tratamiento farmacológico de la angina estable, pudiendo usarse cualquiera de los fármacos antianginosos existentes. En cada enfermo deberá tantearse la dosis óptima en función de los síntomas, la actividad física y los efectos indeseables.
- ❖ Se tenderá a considerar como de primera elección los betabloqueantes y los nitratos, solos o asociados. Durante las crisis anginosas se recomendará reposo y el empleo de nitroglicerina sublingual.
- ❖ Cuando se utilicen los antagonistas del calcio en monoterapia, se usará preferentemente el diltiazem o el verapamil. Las dihidropiridinas se administrarán, en general, asociadas a betabloqueantes cuando el tratamiento con ellos sea insuficiente para el control de los síntomas. La asociación de diltiazem o verapamil con betabloqueantes se individualizará.
- ❖ En todos los pacientes se indicará tratamiento a largo plazo con ácido acetil-salicílico a dosis de 100 mg/día. La ticlopidina o el clopidogrel pueden considerarse como alternativas a la aspirina en situaciones de alergia o intolerancia a ésta.
- ❖ Es importante realizar un control riguroso de los factores de riesgo cardiovascular. Los Inhibidores de la HMG-CoA reductasa (estatinas) han demostrado su eficacia, tanto en el control de las concentraciones de colesterol total y LDL, como en la reducción de eventos isquémicos y mortalidad. Se deben dar recomendaciones generales que incluyan las relacionadas con el



tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, ejercicio físico, capacidad laboral y actividad sexual.

❖ Otras alternativas de tratamiento:

- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) han demostrado efecto antianginoso en pacientes hipertensos y parecen ser útiles en la prevención secundaria.
- La molsidomina tiene un efecto similar al de los nitratos, pero más prolongado. Estaría indicado en casos de cefalea por nitratos.
- La trimetazidina es un agente metabólico que puede ser de utilidad en combinación con antianginosos convencionales y en la angina refractaria.

4 SEGUIMIENTO

En el paciente con angina estable crónica tratada satisfactoriamente debe efectuarse una evaluación de seguimiento cada 12 meses.