

¿Qué es la angina de pecho estable o angina crónica estable?

Como habíamos comentado antes, cuando la obstrucción de la arteria coronaria es importante pero no completa se produce la angina de pecho. Ésta se caracteriza por episodios recurrentes de dolor; característicamente se presentan con esfuerzos físicos y se alivian con el reposo.

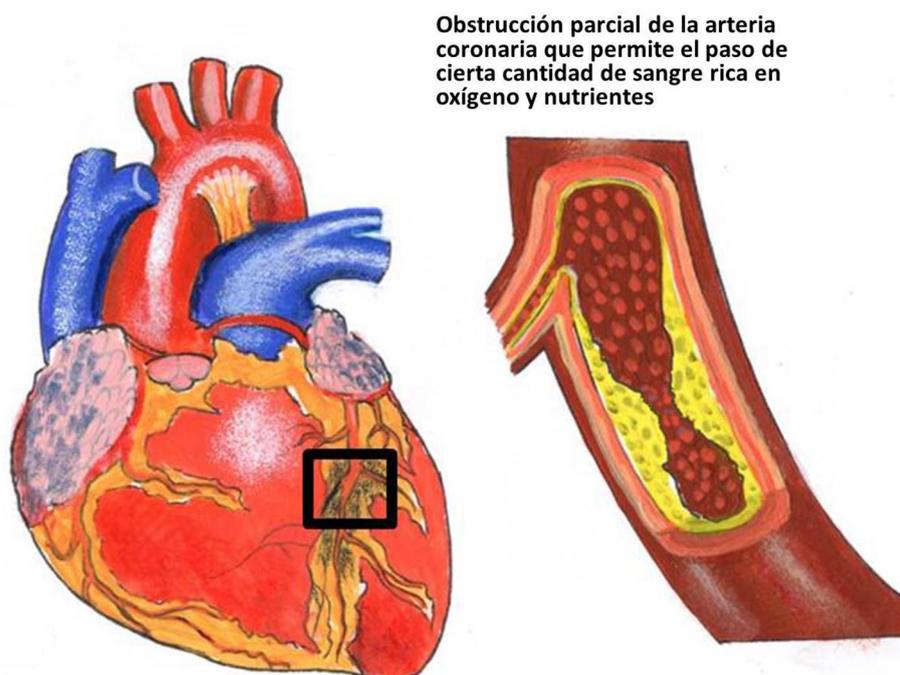


Fig: En la angina de pecho crónica estable, la obstrucción es parcial y deja pasar suficiente cantidad de sangre para que en condiciones de reposo no se presenten síntomas. Sin embargo cuando el corazón aumenta sus demandas de oxígeno (como al realizar un esfuerzo) la cantidad de sangre es insuficiente y se presenta dolor característico

Cuando hacemos un esfuerzo, los músculos necesitan más aporte de oxígeno para responder a este aumento de trabajo. Al músculo cardíaco le ocurre lo mismo. En condiciones de mayor trabajo, requiere más cantidad de sangre oxigenada que en situación de reposo.

Si la arteria está parcialmente obstruida, en condiciones de reposo la sangre que llega puede ser suficiente; pero, al hacer ejercicio, el aumento de las demandas hace que la cantidad de sangre no sea suficiente, y se produce dolor como señal de esta mala circulación de la sangre. Por este motivo, el dolor típicamente se alivia con el reposo en pocos minutos.

Otras condiciones en que se puede presentar dolor son las emociones intensas, condiciones de frío ambiental, o después de comidas copiosas, por ejemplo, ya que estas condiciones también obligan al corazón a trabajar más.



Las personas que padecen angina de pecho deben controlar de forma adecuada otras enfermedades como la hipertensión arterial; y deben dejar de fumar, en su caso. Se sabe que estas situaciones aumentan el número y la frecuencia de los episodios de angina de pecho.

¿Cómo se diagnostica angina de pecho?

Se llega al diagnóstico fundamentalmente por la naturaleza de los síntomas (dolor torácico con el ejercicio); aunque, en ocasiones, se necesitan otras pruebas porque el paciente puede presentar síntomas diferentes (atípicos) que pueden ser equivalentes.

Para confirmar el diagnóstico y evaluar la severidad de la angina de pecho, los médicos indicamos una serie de pruebas complementarias.

El **electrocardiograma** es la primera prueba a realizar ya que es un estudio sencillo, barato y ampliamente disponible; y nos aporta información relevante, tanto de la circulación del corazón, como de otras condiciones predisponentes.

Otra prueba habitual es la **prueba de esfuerzo o ergometría**, utilizada cuando hay dudas en el diagnóstico porque los síntomas no parecen tan claros. Esta prueba también se explica con más detalle en otra sección de la web, pero, de forma resumida, podemos decir que el paciente realiza ejercicio continuo en cinta rodante o bicicleta estática para valorar tanto su respuesta clínica, si hay dolor durante el ejercicio, como su respuesta en el electrocardiograma, es decir, si existen cambios en

el electrocardiograma durante el esfuerzo que sugieran que alguna zona de corazón se queda sin riego sanguíneo.

La arteriografía coronaria (coronariografía o **cateterismo**), también comentada con más detalle en otra sección de la web, es el método de referencia para el diagnóstico de las estrecheces coronarias. Además, es útil en el caso de que sea necesario el tratamiento de las mismas (dilatación e implantación de un muelle o stent para evitar que se vuelva a cerrar). Dado que se trata de una prueba invasiva y moderadamente costosa, queda reservada a si los resultados de las anteriores pruebas son concluyentes de enfermedad coronaria importante o existen datos de mal pronóstico. También puede indicarse en pacientes con síntomas atípicos cuando las pruebas no invasivas no resultan concluyentes.

¿Cómo se trata la angina de pecho?

Los pacientes con angina de pecho deben controlar estrictamente los factores de riesgo cardiovascular, y seguir controles periódicos para mantenerse bien controlado.

Dejar el tabaco.

Vigilar la hipertensión y la diabetes y su tratamiento (peso, dieta, fármacos).

Seguir una dieta baja en colesterol y grasas.

Alcanzar un peso corporal ideal.

Reducir el colesterol hasta obtener un LDL menor de 70 mg/dl.

En cuanto al tratamiento farmacológico, su cardiólogo le prescribirá diferentes tipos de fármacos en un intento de tratar todos los aspectos implicados en la enfermedad de las arterias coronarias.

Fármacos antiagregantes plaquetarios: todos los pacientes recibirán este tipo de fármacos con la intención de que no progrese la obstrucción de la arteria al impedir que las plaquetas se peguen entre sí.

Fármacos que disminuyen el trabajo cardíaco: este tratamiento está destinado a que el corazón trabaje de una forma más relajada, y así disminuyen las necesidades de oxigenación.

Fármacos antianginosos: su función es disminuir los episodios de dolor torácico, y permitir llevar una vida más activa libre de síntomas. Estos pueden presentarse en forma de parches transdérmicos o comprimidos para administración oral o sublingual, según el caso.

Fármacos para reducir los niveles de grasas en sangre (denominados hipolipemiantes): cuya misión es reducir el colesterol hasta niveles más bajos que la

población general con el objetivo de retrasar al máximo la acumulación de colesterol en las arterias coronarias.

Es muy importante tomar adecuadamente la medicación porque, como hemos mencionado, cada uno de los fármacos actúa a diferente nivel, y se sabe que esta estrategia combinada es la más efectiva para reducir sus síntomas y evitar la progresión de la enfermedad.

Algunos pacientes con angina son candidatos a tratamientos de revascularización coronaria, que consisten en corregir las estrecheces arteriales que limitan el riego sanguíneo. El procedimiento de revascularización puede realizarse de dos maneras distintas: desatascando las arterias por medio de una angioplastia coronaria (procedimiento que se denomina cateterismo cardíaco), o bien mediante cirugía cardíaca (bypass). La elección entre una u otra depende de las características de la enfermedad:

Angioplastia coronaria. Se realiza cuando las obstrucciones de las arterias del corazón son fácilmente accesibles. Se introduce un catéter desde la muñeca o ingle hasta la arteria coronaria, y de elimina la obstrucción. Después, se implanta un muelle o stent (dispositivo metálico como una malla cilíndrica) dentro de la arteria para conseguir su permeabilidad siempre que esto sea posible.

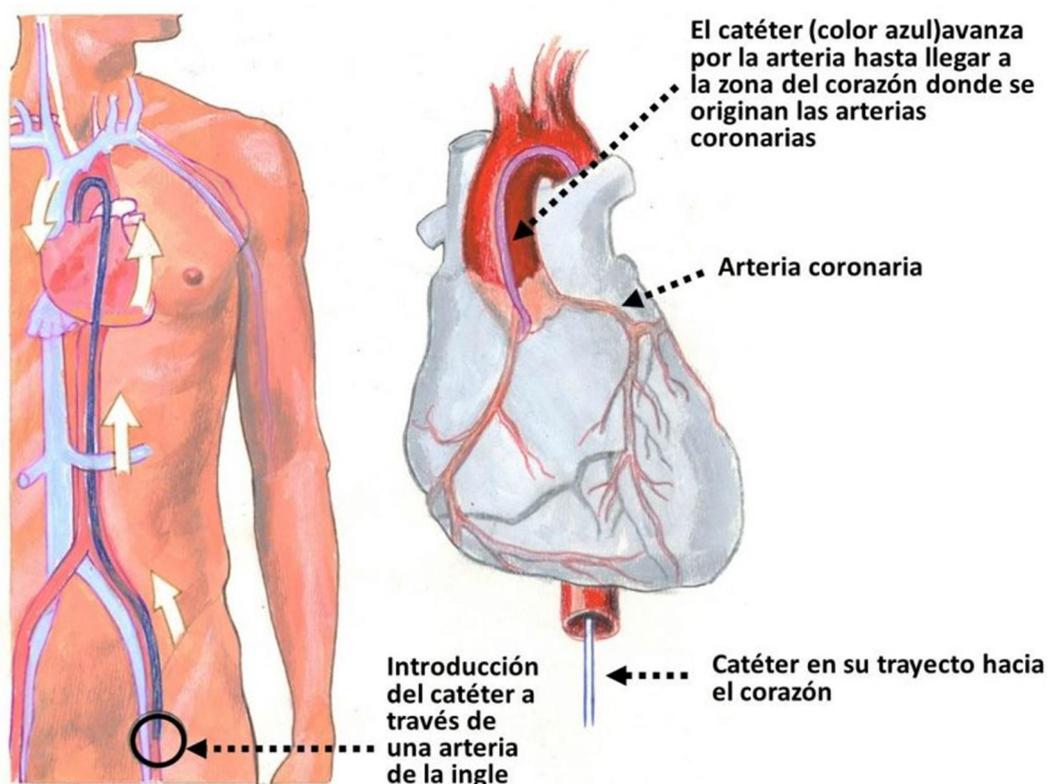


Fig: según las características del paciente, el catéter también puede introducirse por una arteria de la muñeca.

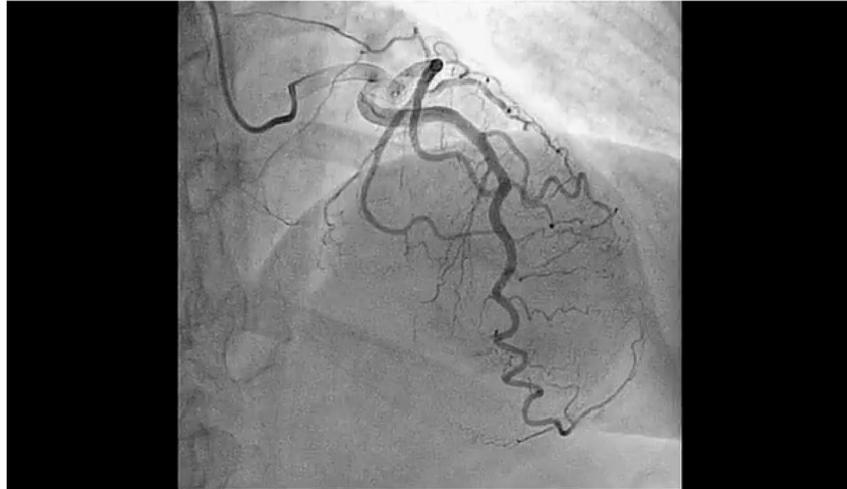


Imagen de un cateterismo cardíaco cedida por la Dra. Saleta Fernández Barbeira Cardióloga hemodinamista. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Puede visualizar la imagen en movimiento en la web www.cardiosaudeferrol.com

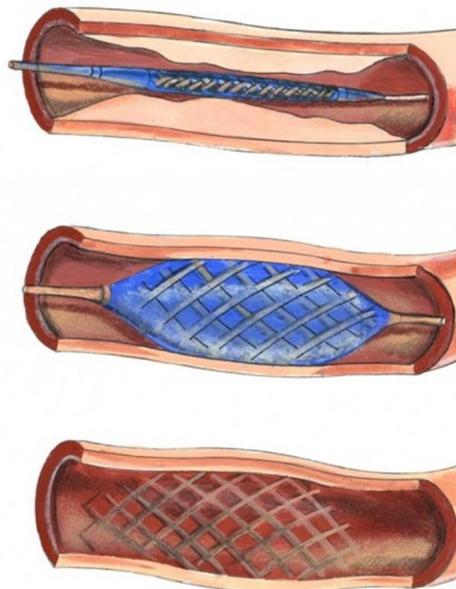


Fig: Procedimiento de desobstrucción de la arteria denominado angioplastia. En imagen de arriba se observa una arteria obstruida a través de la que se pasa un catéter con un balón plegado. A continuación se hincha el balón para dilatar la obstrucción (imagen del medio) y finalmente se libera un muelle (stent) que se queda en la arteria impidiendo que se vuelva a obstruir a ese nivel, y se retira el catéter.

Bypass. Se realiza en pacientes con enfermedad coronaria más extensa (en las 3 arterias del corazón o la arteria principal); y, sobre todo, si el músculo cardíaco está debilitado. Se coloca un injerto que permite llevar la sangre a los territorios donde no llegaba adecuadamente. Esta intervención requiere abrir el tórax, por lo que se practica con anestesia general.

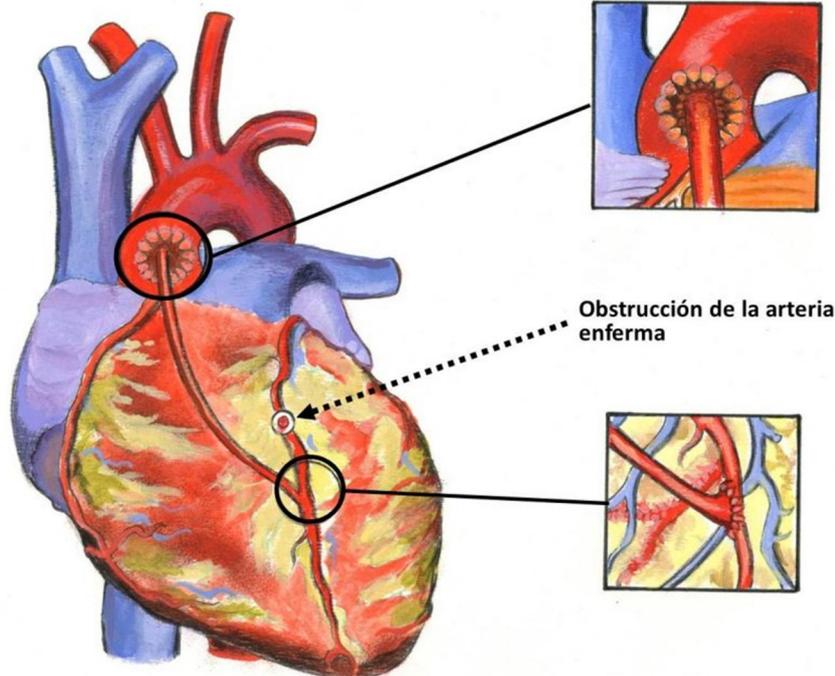


Fig: el injerto implantado mediante cirugía cardíaca permite que la sangre llegue a territorios con riego comprometido debido a una obstrucción en la arteria coronaria.

Pronóstico

El pronóstico es muy variable, ya que depende de la cantidad de arterias obstruidas y lo que se haya dañado el músculo cardíaco a causa de las mismas. Existen enfermos que pueden estar controlados sin presentar prácticamente síntomas, y otros que tienen una esperanza de vida muy acortada. Los factores que más influyen en el pronóstico es el buen o mal control de los factores de riesgo coronario.

Autores

Dr. Jorge Martínez Garrido

Cardiólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Dr. Alejandro Rodríguez Vilela

Cardiólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Con el aval científico de

