

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad:
CARDIOLOGÍA

Tema:
**EL PACIENTE CON ANGINA
CRÓNICA DE ESFUERZO ESTABLE**

Dr. Alberto Estévez De Vidts



INTRODUCCIÓN

La cardiopatía coronaria es una *Enfermedad* de la civilización que nos ha tocado vivir, que por la magnitud alcanzada se ha constituido en un *Problema* de Salud Pública. El *Paciente* coronario es uno complejo y que reconoce numerosas etapas de evolución de su enfermedad así como numerosas formas clínicas de presentación de la misma.

En esta clase abordaremos al paciente con angina crónica de esfuerzo estable. Es importante recordar que todos los pacientes coronarios tienen una fase crónica, lo que por cierto incluye a los pacientes portadores de Síndrome Anginoso Crónico, pero no se agota en ellos, pues todos los pacientes coronarios, hayan o no experimentado un síndrome coronario agudo, sido operados de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) o intervenidos por vía percutánea para practicárseles angioplastia coronaria (ACTP), la mayor parte del tiempo de convivencia con su enfermedad coronaria, es en la fase crónica de esta, y en este tiempo necesitan el apoyo médico y del equipo de salud, en sus vidas diarias, apoyo cuyo objetivo esencial es la prevención primaria o secundaria de un evento cardiovascular mayor, según sea el caso. En el paciente sintomático, otro objetivo esencial es el tratamiento de sus síntomas y el procurar que tengan la mejor evolución posible.

La importancia de la enfermedad coronaria está internalizada en la comunidad, la que sabe que es la primera causa de muerte prematura en los países industrializados, y también en Chile. La OMS estima que hacia el año 2020 causará la muerte de una persona cada 2,8 segundos y un evento coronario mayor cada 1,3 segundos. Por su parte la comunidad médica es consciente que sus costos morales y económicos, directos e indirectos en términos de calidad de vida y de años de vida útil (productiva) perdidos son enormes. También que todas las proyecciones coinciden en que el problema acelera su crecimiento y no se visualiza como revertir la tendencia. Este crecimiento está vinculado, entre otros, al envejecimiento de la población y al alarmante aumento de la obesidad, diabetes mellitus, síndrome metabólico y de la prevalencia de factores de riesgo en los jóvenes.

Sabemos que empieza en el paciente con factores de riesgo, incluidos los genéticos y no modificables, sabemos también que hay pacientes en los cuales no tenemos ninguna posibilidad clínica ni tecnológica, de objetivar la existencia en ellos de enfermedad coronaria. También sabemos que es la causa subyacente en muchos pacientes con cuadros clínicos que no tienen angina de pecho, como algunos pacientes con arritmias más o menos complejas y graves u otros con insuficiencia cardíaca de causa no evidente. Más desafiante aún, sabemos que una muy significativa proporción de los pacientes que mueren súbitamente son víctimas de enfermedad coronaria que debutó con esta forma clínica (Se estima que el 90% de las muertes súbitas ocurren en pacientes coronarios asintomáticos o con enfermedad coronaria crónica estable).

Es muy importante que repasen sus conocimientos sobre anatomía y fisiología de la circulación coronaria y lean las clases de epidemiología de la enfermedad coronaria y de síndromes coronarios agudos, en esta última está desarrollada la patogenia de la aterosclerosis.

CUADRO CLÍNICO (Paciente con angina crónica de esfuerzo estable)

Este paciente tiene una obstrucción fija de una o más de una arteria coronaria, obstrucción causada por una placa estable de ateroma. Es decir el flujo coronario a través de la arteria enferma tiene una capacidad limitada de aumentar ante un requerimiento por aumento de demanda. Este hecho determina que el paciente relate ausencia de molestias en reposo y aparición de ellas ante esfuerzos o emociones que aumenten la demanda.

La molestia o síntoma provocado por este desbalance entre la oferta y demanda de oxígeno del miocardio irrigado por esa arteria es lo que denominamos angina de pecho. La tabla 1 resume las causas de angina de pecho.

Tabla 1
Causas de angina de pecho

Patología	Enfermedad
Obstrucción arterial coronaria (Oferta fija o limitada)	Aterosclerosis Vaso espasmo Vasculitis Disección Puente miocárdico Origen anómalo de las coronarias Enfermedad de Kawasaki
Hipertrofia ventricular izquierda (Demanda aumentada, oferta limitada)	Hipertensión Arterial Estenosis aórtica valvular Estenosis aórtica subvalvular Miocardiopatía Hipertrofica
Hipertrofia ventricular derecha	Hipertensión pulmonar Estenosis pulmonar

La angina de pecho es un malestar torácico anterior o en sus zonas adyacentes, causado por isquemia miocárdica que causa disfunción pero no necrosis miocárdica. Lo usual es que sea desencadenado por esfuerzos físicos y emocionales. Se distinguen la angina de pecho típica, la atípica y el dolor torácico no cardíaco (Tabla 2).

Tabla 2
Tipos de dolor torácico anterior

La <i>angina de pecho típica</i> reúne las siguientes tres características clínicas: ▪ Malestar retro esternal (puede o no ser descrito como dolor), opresivo o urente, transitorio (Menos de 15 minutos) ▪ Provocado por estrés físico o emocional ▪ Aliviado por el reposo o nitroglicerina (En menos de 15 minutos) La <i>angina de pecho atípica</i> (probable) tiene dos de las tres características de la angina típica. El <i>dolor torácico no cardíaco</i> tiene una o ninguna de las tres características de la angina típica.

Aunque la ubicación típica es la retro esternal, el malestar puede ser percibido en otras localizaciones, desde el epigastrio hasta la mandíbula o los dientes, entre los hombros o en los brazos, muñecas y dedos de las manos.

El carácter típico es opresivo, pesado, estrangulante, constrictivo, también urente. Su intensidad es muy variable y no está relacionada con la severidad de la cardiopatía coronaria subyacente.

Como síntomas asociados se describen la disnea (Sugiere severidad, ello porque la masa ventricular izquierda afectada es hemodinámicamente significativa), fatiga, náuseas e inquietud.

Es importante entender que la angina de pecho expresa isquemia miocárdica, de no ser así, no es angina de pecho.

El paciente con angina de pecho crónica estable es aquel que tiene los episodios anginosos durante varias semanas (más de un mes), episodios de características semiológicas que no cambian sustancialmente a lo largo de varias semanas, en especial los factores desencadenantes y calmantes, la duración e intensidad y los síntomas asociados. Es así como, cuando un paciente con angina de pecho de años de evolución, desencadenada por esfuerzos que le permitían hasta predecir que le provocarían un episodio, en un momento dado nota que estos episodios se hacen, crecientemente más frecuentes, intensos y prolongados, sin causa evidente, es con toda probabilidad un paciente que dejó de ser anginoso estable.

La Canadian Cardiovascular Society (CCS) clasificó la severidad de la angina de pecho de una forma que permite realizar su seguimiento a lo largo de diferentes consultas. (Tabla 3)

Tabla 3
Clasificación de la angina de pecho según la CCS

Clase I:	"La actividad física ordinaria no causa angina" (Tales como caminar o subir escaleras. La actividad, laboral o recreacional, extenuante, muy rápida o prolongada causa angina)
Clase II:	"Leve limitación de la actividad física ordinaria" (Caminar o subir escaleras rápido, caminar en subida, caminar después de las comidas o en ambientes fríos o ventosos, o bajo estrés emocional, o sólo en las primeras horas después de despertar)
Clase III:	"Marcada limitación de la actividad física ordinaria" (Caminar una a dos cuadras en plano, subir un piso en condiciones normales y a velocidad normal)
Clase IV:	"Incapacidad de realizar cualquiera actividad física sin malestar" (El síndrome anginoso puede estar presente en reposo)

Es importante saber que hay pacientes coronarios que no presentan angina de pecho, en cambio pueden tener otros síntomas, que en este caso los conocemos como "equivalentes anginosos".

Esto es especialmente válido en pacientes añosos y diabéticos, quienes pueden presentar náuseas o disnea (probablemente por disfunción ventricular izquierda sistólica, diastólica o ambas, inducida por la isquemia miocárdica). Menos frecuente es que la primera manifestación sea un síncope, expresión clínica de arritmias inducidas por la isquemia miocárdica.

Aunque siempre es importante tenerlo presente, en estos pacientes con presentación clínica "engañosa" es especialmente relevante tener presente el riesgo cardiovascular del paciente en cuestión, por lo que es muy importante en ellos indagar por, entre otros, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia, tabaquismo e historia familiar de enfermedad cardíaca isquémica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aunque la proporción es variable para cada escenario clínico, en términos generales la mayoría de los pacientes que consultan por dolor torácico anterior no son portadores de angina de pecho.

Las principales causas de dolor torácico anterior son del aparato osteomuscular, digestivas y emocionales.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

En estos pacientes la evaluación diagnóstica se confunde con la evaluación pronóstica, van en paralelo.

Lo primero es establecer la existencia de isquemia miocárdica como causa del malestar torácico.

Para lograrlo se recurre a la clínica, a exámenes no invasivos y finalmente a exámenes invasivos.

Todos ellos además permiten evaluar la existencia de condiciones asociadas y factores precipitantes, estratificar riesgo individual, y en los pacientes en tratamiento, evaluar respuesta a terapia.

Es así como la existencia de una angina típica hace mucho más probable la existencia de cardiopatía coronaria que la angina atípica o un dolor torácico no cardíaco (Tabla 4).

Tabla 4
Probabilidad pre-test de enfermedad coronaria en pacientes
sintomáticos de acuerdo a la edad, género y tipo de dolor torácico:

Edad	Dolor torácico no cardíaco		Angina atípica		Angina Típica	
	H	M	H	M	H	M
Años	←		%	→		
30 – 39	4	2	34	12	76	26
40 – 49	13	3	51	22	87	55
50 – 59	20	7	65	31	93	73
60 – 69	27	14	72	51	94	86

Cada número representa el porcentaje de pacientes con enfermedad arterial coronaria significativa en la coronariografía (modificado de Gibbons et al, 2002)

Lo segundo es establecer los factores de riesgo presentes en el paciente: edad, género, historia de tabaquismo, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial e historia familiar de cardiopatía coronaria precoz. Lo anterior en virtud que en un paciente con riesgo cardiovascular muy alto, la existencia de un dolor torácico es más probable que sea anginoso que en un paciente con riesgo cardiovascular muy bajo (Tabla 4 y clase de epidemiología)

Lo tercero es examinar al paciente buscando afecciones cardiovasculares y comorbilidades que puedan precipitar angina de pecho: medir signos vitales, auscultar el corazón buscando soplos compatibles con la existencia de miocardiopatía hipertrófica o estenosis aórtica, indagar por consumo de cocaína, realizar un hemograma y considerar la determinación de TSH.

La realización de un ECG de reposo en estos pacientes es de regla, Si además es posible obtenerlo durante un episodio de dolor, es de mucha utilidad. Aunque al menos el 50% de los pacientes tendrán un ECG normal, la existencia de signos de necrosis o isquemia miocárdica es muy importante. Si el ECG se modifica durante el episodio de dolor es de valor diagnóstico y pronóstico. Valor diagnóstico porque prácticamente confirma el origen isquémico miocárdico del dolor, valor pronóstico porque su alteración en concomitancia con el dolor está relacionada a la severidad de la enfermedad coronaria (cuales y cuantas arterias coronarias están comprometidas, localización, tipo y magnitud de las lesiones) y a la cantidad de miocardio amenazado. Si el ECG es normal, no corresponde realizar rutinariamente un ecocardiograma, distinto es si el ECG resultó anormal.

Dijimos que en estos pacientes, el flujo coronario puede ser suficiente en reposo, de hecho no tienen síntomas en reposo, por lo que la existencia de exámenes normales en reposo, no descarta la existencia de isquemia miocárdica en situaciones de aumento de demanda de oxígeno por parte del miocardio. Esa es la razón por la cual los exámenes realizados con el paciente en reposo, sirven tanto para eventualmente confirmar el diagnóstico, como para establecer la probabilidad pre test que el paciente tenga una cardiopatía coronaria, antecedente vital para una correcta indicación e interpretación de resultados de exámenes adicionales, por ejemplo de un test de esfuerzo. Este debe realizarse especialmente con una probabilidad pre test en rango intermedio (30 a 70%) (Tabla 5). Cuando no es posible realizarlo, se puede realizar otros exámenes en condiciones de estrés, sea físico o farmacológico, entre ellos un ecocardiograma o un estudio de perfusión miocárdica SPECT (single photon emission computed tomography). En términos generales, el monitoreo electrocardiográfico ambulatorio (Holter), indicado para detectar isquemia electrocardiográfica (sintomática o no), no aporta información adicional al test de esfuerzo.

El **test de esfuerzo** es de fácil y económica realización y, a menos que no sea posible realizarlo, por ejemplo un paciente con trastornos de las extremidades inferiores, o la interpretación de su resultado sea no confiable, por ejemplo cuando el ECG basal tiene un bloqueo completo de rama izquierda (BCRI), *debe* ser realizado en estos pacientes para guiar la toma de decisiones. En el contexto que nos ocupa, las variables más importantes a observar son la aparición o no de signos de isquemia en el ECG, la capacidad física de trabajo y la respuesta de presión arterial al ejercicio.

Coronariografía: es el patrón oro para establecer la anatomía de las arterias coronarias epicárdicas, sin embargo en el paciente con angina estable frecuentemente no es usado como examen de primera línea. Es importante destacar dos hechos, el primero es que, para fines prácticos, no da información fisiológica, es decir sobre el grado de isquemia del territorio irrigado (recuérdese que puede haber desarrollo de redes de circulación colateral), el segundo es que no predice el sitio de un futuro infarto. Debe indicarse en pacientes de alto riesgo (criterios de severidad) o con ocupaciones de alto riesgo, como pilotos de líneas aéreas. Para un uso racional de la técnica es fundamental que exista un diálogo fluido del generalista con el especialista, quien tiene la responsabilidad final de la indicación de estudios invasivos. Además de los criterios anteriormente señalados, se sugiere derivar al especialista con fines diagnósticos cuando los test no invasivos son de resultados inciertos o cuando están contraindicados. También cuando hay falta de respuesta, evaluada después de seis meses de tratamiento médico. Su realización requiere el consentimiento informado del paciente.

En resumen, el diagnóstico de angina de pecho crónica de esfuerzo estable descansa en la clínica y se confirma con métodos de estudio no invasivos. El estudio de estos pacientes conduce en paralelo a la confirmación del diagnóstico sindromático y a la estratificación de riesgo individual, ambos elementos decisivos de la estrategia terapéutica.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ANGINA CRÓNICA DE ESFUERZO ESTABLE

El aprendizaje en medicina es continuo, derivado en especial del continuo progreso de la medicina, cirugía y tecnologías disponibles. En consecuencia el médico tratante debe asegurarse que los conceptos y recomendaciones aquí entregadas, mantienen vigencia al momento de usarlas al lado del enfermo.

Como por definición, este paciente tiene riesgo cardiovascular alto o muy alto, debe desagregarse para cada paciente los factores modificables para decidir las estrategias terapéuticas a recomendarle en forma personalizada.

Siempre que se planifique el tratamiento de un paciente se debe fijar los objetivos, la metodología y los tiempos esperados para que las diversas medidas surtan el efecto buscado, para identificar la existencia de efectos no buscados, indeseados o no, y así decidir cambios o ajustes en forma oportuna y correcta.

Al igual que en otros pacientes, los objetivos generales son dos:

1. Evitar su muerte prematura (*Cantidad de vida*)
2. Que tengan la mejor *calidad de vida* posible (En los determinantes médicos de ella)

Entonces, debemos preguntarnos que mata prematuramente a estos pacientes y que les quita calidad de vida.

Las respuestas son los eventos coronarios agudos y la insuficiencia cardíaca como causas de muerte prematura debida a su enfermedad coronaria, y la angina de pecho y la insuficiencia cardíaca como los dos factores más importantes de mala calidad de vida.

En consecuencia nuestros objetivos serán: Evitar eventos mayores, la insuficiencia cardíaca y la progresión de la enfermedad coronaria, y cuando exista insuficiencia cardíaca o angina tratarlas.

Las arritmias, sintomáticas o no, pueden interferir con la calidad y cantidad de vida, pero son epifenómenos, en consecuencia su tratamiento es primariamente el tratamiento de la isquemia miocárdica y de la insuficiencia cardíaca. Cuando no se logren controlar o son complejas y graves, es motivo de derivación al especialista.

En todo *paciente coronario* debemos incentivar el cumplimiento o la adopción de los estilos de vida saludable (EVS). Incentivar el cumplimiento se refiere a estimular a quienes los practican, a que sigan haciéndolo y ayudarles a que lo hagan mejor o más completamente; adoptar los EVS significa que quienes no los practican, sean todos los estilos de vida o sólo algunos, los practiquen, en todos los casos como ESTILOS DE VIDA, es decir de por vida.

Es perentorio el tratamiento de todos los factores de riesgo modificables, con o sin papel etiopatogénico agregado, desde la educación (costo – beneficio de hacerlo y de no hacerlo, cómo hacerlo, etc.) hasta la definición de metas específicas, estrategias y metodologías para cada

paciente. Nos referimos a dislipidemia, enfermedad vascular hipertensiva, trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, síndrome metabólico, tabaquismo, etc. (Se recomienda que estudien los temas correspondientes)

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS VERSUS MEDIDAS GENERALES

Ambas son indispensables, sin embargo hay consenso en que los médicos dedicamos más tiempo a las medidas farmacológicas.

Las medidas generales:

1. Constituyen los cimientos del edificio terapéutico, es decir si no se implementan, la terapia de nuestro paciente puede ser una suerte de castillo en el aire.
2. Son costo - efectivas, en especial porque favorecen la adherencia terapéutica, incluyendo la adherencia a las medidas farmacológicas, y contribuyen a alcanzar mejor calidad de vida.
3. Son promotoras de EVS en las personas que rodean al paciente, es decir son una forma no explicitada, de prevención primaria.

En todo caso, nada excusa el uso racional y responsable de todas las medidas terapéuticas a nuestro alcance, incluyendo por cierto a los fármacos.

Fármacos (Se recomienda tengan a mano el texto de farmacología clínica):

Los hay que reducen los eventos mayores (muerte, IAM, otros) y los hay que reducen los síntomas. En caso de equivalencia entre fármacos usados para reducir síntomas (Tienen similar eficacia en este aspecto), debe considerarse la opinión informada del paciente y privilegiarse aquel que además reduzca la mortalidad prematura.

Antiplaquetarios

Son de primera línea. En especial el ácido acetilsalicílico (AAS). El clopidogrel (75 mg diarios) debe reservarse para aquellos pacientes que tengan contraindicación absoluta para recibir AAS.

La ticlopidina es otro sustituto del AAS a tener en cuenta, aunque hoy en día se considera que el clopidogrel es superior. La dosis de AAS fluctúa entre 75 y 325 mg diarios. Aunque el dipiridamol tiene efectos antiplaquetarios, puede incrementar la isquemia miocárdica inducida por ejercicio, por lo que no se recomienda su uso con este objetivo.

Beta-bloqueadores

Son considerados de primera línea en el paciente anginoso. A su poderoso efecto anti isquémico en la enfermedad arterial coronaria, debe agregarse que reducen la mortalidad en el infartado y en el hipertenso además reducen la morbilidad, además tienen un efecto anti arritmico. En general están subutilizados, debido en gran medida a que no se asume que muchos pacientes con contraindicación relativa a su uso, en realidad los toleran: pacientes con asma, EPOC, ICC descompensada, depresión, enfermedad del sistema de conducción, y pacientes con diabetes que requieren insulina pueden tolerar su uso. En consecuencia no hay que, a priori, negarse a usarlos.

En términos generales son bien tolerados, sin embargo tienen efectos colaterales, los más serios son bradicardia excesiva, bloqueos cardiacos, hipotensión arterial y bronco espasmo. Los efectos

más comunes son fatiga, habitualmente originada en el SNC y no en falla cardíaca, e impotencia sexual.

Agentes reductores de lípidos

La evidencia actual señala la conveniencia de usar estatinas en estos pacientes, inclusive si la elevación de los niveles sanguíneos de lípidos es leve. Hay evidencias que muestran disminución de infartos y de muerte. Se ha planteado que deben ser usado en todos los pacientes coronarios, independiente de sus niveles de lípidos en sangre. Esto último, en virtud que sus efectos antiinflamatorios contribuirían a disminuir la probabilidad de eventos agudos mediados por accidentes de placa.

Cuando hay dislipidemia mixta, es decir hipercolesterolemia más hipertrigliceridemia, deben hacerse esfuerzos para reducir ambos. En este sentido, si con las medidas generales más estatinas no se alcanzan las metas, hay que considerar el uso de derivados del ácido fíbrico (fibratos), tales como el gemfibrozilo y el clofibrato, también debe considerarse el uso de niacina.

Los fibratos tienen un efecto interesante en contribuir a elevar el colesterol HDL.

La terapia combinada de fibratos con estatinas conlleva un riesgo mayor, pero no prohibitivo, de toxicidad hepática y sobre el músculo esquelético. De usarse la combinación, debe monitorizarse mucho más estrechamente la aparición de toxicidad, quizás deba pedirse el consentimiento informado del paciente.

Inhibidores de la Enzima de Conversión de Angiotensina (IECA)

Han mostrado que reducen la mortalidad, el IAM y el AVE, en pacientes coronarios infartados, con o sin insuficiencia cardíaca. Sin embargo los resultados disponibles son controversiales y la evidencia insuficiente para recomendar su uso rutinario en estos pacientes.

Nitratos y Bloqueadores de los canales de calcio (BCC)

Los nitratos son fármacos anti anginosos que no han mostrado reducir la ocurrencia de eventos mayores. Los BCC dihidropiridínicos de liberación inmediata o de acción corta aumentan los eventos cardíacos adversos. Sin embargo los dihidropiridínicos de liberación prolongada o de acción prolongada y los BCC no dihidropiridínicos pueden aliviar los síntomas sin aumentar los eventos adversos. En términos generales no se consideran de primera línea, aunque dependiendo del contexto clínico y de la tolerancia a fármacos de primera línea deben tenerse presente.

Pueden usarse asociados a beta-bloqueadores.

Terapia de reemplazo hormonal y terapia antioxidante:

No está recomendado su uso en estos pacientes. No han mostrado reducir el riesgo de eventos ni aliviar los síntomas.

Tratamiento quirúrgico y por angioplastia de las arterias coronarias:

Ambos métodos terapéuticos son propios de los especialistas, tanto en su indicación como en su ejecución. Ello porque descansan, además de en toda la información previa, en información sobre la anatomía de las arterias coronarias epicárdicas (coronariografía), también en información

adicional sobre el estado cardiaco, en especial del ventrículo izquierdo, finalmente en información que intenta correlacionar la anatomía coronaria con la fisiología coronaria y ventricular.

Todo lo anterior en virtud que ambos métodos terapéuticos intentar normalizar el flujo de sangre que reciben los segmentos miocárdicos irrigados por arterias enfermas y estrechadas. Ahora bien como son terapéuticas riesgosas y de alto costo económico, hay que tener razonable certeza que su realización es costo – efectiva, tanto en términos de mejorar la calidad de vida (disminuir la angina de pecho) como en cantidad de vida.

Es importante destacar que estas formas de tratamiento son siempre complementarias al tratamiento médico, tratamiento que está indicado en todos los enfermos en forma permanente.

SEGUIMIENTO

No hay evidencias de nivel A o B, sólo las recomendaciones de expertos. Estos sugieren 5 preguntas que deben guiarlo:

1. ¿El paciente ha disminuido su nivel de actividad física desde la última visita?
2. ¿La angina ha aumentado en frecuencia o severidad desde la última visita?
3. ¿Cómo está tolerando la terapia?
4. ¿Cuán exitoso ha sido el paciente en lograr modificar los factores de riesgo y en mejorar su conocimiento acerca de la cardiopatía coronaria?
5. ¿El paciente ha desarrollado alguna nueva comorbilidad?

Con relación a la frecuencia y métodos de los controles, se recomienda que en el primer año de tratamiento sea cada 4 - 6 meses y luego anual si el paciente está estable y es capaz y puede comunicarse y asistir una visita en caso necesario. Si está siendo controlado por el médico de atención primaria y por el cardiólogo, puede alternar las visitas, a condición que ambos médicos tengan una muy buena comunicación y que en cada visita se disponga de toda la información pertinente.

En el seguimiento de estos pacientes es muy importante evaluar cambios en la magnitud del esfuerzo desencadenante así como en la frecuencia de presentación y severidad de los episodios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition
2. Hurst's: The Heart, 12th Edition
3. Clive Rosendorff: Essential Cardiology, Principles and Practice. Second Edition. Humana press
4. Braunwald's Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine Eighth Edition. Saunders Elsevier
5. www.minsal.cl (Página web del Ministerio de Salud de Chile)
6. www.sochicar.cl (Página web de la Sociedad Chilena de Cardiología)

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 56 años de edad, con antecedentes de estar en tratamiento por colesterol elevado hace 5 años y por hipertensión arterial (HTA) esencial grado 1 hace tres años. Aunque su trabajo es sedentario, camina quince cuadras para llegar a su lugar de trabajo y también de vuelta a casa. No tiene otros factores de riesgo conocidos. Come liviano y con poca sal, toma Atorvastatina 20 mg diarios, Atenolol 50 mg diarios, Hidroclorotiazida 12,5 mg diarios y Ácido acetilsalicílico 100 mg diarios.

Refiere que en los últimos tres meses, ha disminuido la velocidad de marcha, debido a que si no lo hace presenta un dolor opresivo, retro esternal medio que lo obliga a detenerse, dolor que no se irradia y que cede a los cinco minutos de reposo. El dolor aparece alrededor de la cuadra 10 de marcha y no se asocia a otros síntomas, tales como disnea o palpitaciones. No ha notado progresión de dolor.

En su opinión este paciente tiene (marque la opción de respuesta correcta):

- a) Dolor torácico no cardíaco
- b) Angina de pecho típica**
- c) Angina de pecho atípica
- d) Dolor originado en articulación condroesternal
- e) Dolor de angustia

Fundamento:

Es un paciente que presenta un dolor con las tres características de la angina de pecho típica: dolor retro esternal opresivo, transitorio, provocado por estrés físico y aliviado por el reposo, antes de quince minutos. Además esta angina de pecho se presenta en un paciente con riesgo cardiovascular alto (hombre de 56 años, dislipidémico e hipertenso).

Como tiene las tres características de la angina de pecho típica, por definición no es angina atípica (opción c) ni dolor no cardíaco (opción a). Los dolores de las opciones d y e son no cardíacos.

La conducta médica a seguir es (marque la opción de respuesta correcta):

- a) Informar al paciente el significado probable de este dolor
- b) Realizar un electrocardiograma
- c) Verificar y, si corresponde, optimizar el tratamiento de su HTA
- d) Verificar y, si corresponde, optimizar el tratamiento de su dislipidemia
- e) Todas las anteriores son correctas**

Fundamento:

El paciente tiene una angina de pecho de tres meses de evolución sin progresión y sin elementos clínicos que sugieran severidad de la enfermedad coronaria (Alto número de cuadras que desencadenan el síntoma y ausencia de síntomas asociados como disnea). En consecuencia debemos considerarlo un enfermo coronario, con angina de pecho crónica estable, lo que nos da tiempo para planificar, con el paciente (opción a), los pasos a seguir para precisar el diagnóstico y definir una terapia de largo plazo. Un electrocardiograma (opción b) nos ayuda a descartar que esté cursando un episodio agudo. Lógicamente en un paciente hipertenso y dislipidémico que

desarrolla una enfermedad coronaria, es prioritario optimizar sus terapias y eventualmente definir nuevas metas a alcanzar (opciones c y d).

Las opciones de respuesta permitidas son cinco. Es evidente que en este paciente, las cinco ofrecidas no agotan los pasos a seguir, que probablemente incluirán otros ajustes de terapia, como el uso de nitroglicerina sublingual PRN, también la realización de exámenes adicionales como un test de esfuerzo.