

Caso clínico angina

Dra. Ana Isabel Rodríguez Serrano

Cardióloga; Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz (Murcia)



Varón de 63 años con factores de riesgo cardiovascular: **hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II** en tratamiento mixto (insulina + antidiabéticos orales), **dislipemia y exfumador** (abandonó el hábito tabáquico en 2018).



En noviembre de 2019 ingresa por **síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST)**. Se solicitó **coronariografía** que mostró: tronco coronario izquierdo (TCI) con ligeroafilamiento distal (15%). Descendente anterior (DA) con irregularidades no significativas, placa del 30% en DA media. Arteria coronaria circunfleja (CX) sin lesiones. Coronaria derecha (CD) con estenosis severa proximal y dos placas en tándem distales calcificadas y con vaso distal difusamente enfermo. Se realizó **angioplastia coronaria con aterectomía rotacional** y se **implantaron cuatro stents farmacoactivos**. El ecocardiograma al alta mostró **acinesia mediobasal inferior** manteniendo excelente contractilidad el resto de los segmentos miocárdicos, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) preservada. Durante el ingreso se objetivó un **LDL de 100mg/dl**.



El paciente fue dado de alta hospitalaria añadiendo a su tratamiento: **doble antiagregación** (ácido acetil salicílico 100mg + clopidogrel 75mg), **betabloqueantes a dosis máxima** (bisoprolol 10mg/día) ezetimibe 10mg/24h. Asimismo, se **incrementó la dosis de estatina** (rosuvastatina 20mg/24h). El resto de su tratamiento crónico no se modificó: telmisartán 20mg/24h, amlodipino 5mg/24h, pantoprazol 20mg/24h, insulina glargina y apidra y empaglifozina 25mg/24h.



En **febrero de 2020** el paciente **reingresa por angor** de pequeños esfuerzos desde hace un mes. El paciente aseguraba excelente cumplimiento terapéutico. **Electrocardiograma (ECG) sin cambios** respecto a su ECG basal. **Biomarcadores** de daño miocárdico (Troponina I ultrasensible) **normales**. Dado el poco tiempo transcurrido de la última revascularización miocárdica se decide, a pesar de la normalidad del ECG y los biomarcadores de daño miocárdico, realizar **nueva coronariografía**. La coronariografía (12/02/2020) mostró CD con dos lesiones moderadas en CD media y CD distal con reestenosis intrastent y borde distal significativa. El resto de los vasos (TCI, DA y CX) no mostraban ningún cambio respecto a la coronariografía previa de noviembre de 2019. Se procedió a colocar **dos guías intracoronarias a CD distal**. Posteriormente se procedió a aplicar **excimer laser** con adecuado avance lo que permitió la realización de múltiples angioplastias simples a nivel de CD media y distal. Finalmente, **se intentó sin éxito avanzar 3 stents a vaso distal** por lo que se dio por concluida la angioplastia con aceptable resultado angiográfico final.



El paciente tras esta última coronariografía presenta **empeoramiento de la clínica de angor** que se hizo de mínimos esfuerzos. Durante el ingreso, se añadió al tratamiento **colchicina** (por posible pericarditis postprocedimiento) y **nitratos** con discreta mejoría por lo que se decidió **alta hospitalaria con revisión precoz** en consultas externas de cardiología.

En **marzo de 2020** el paciente es revaluado en consulta y **persiste con disnea** de mínimos esfuerzos lo que le limita la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En el ECG

de la consulta presentaba ritmo sinusal a 85 latidos por minuto (lpm) y no se evidenciaban cambios en la repolarización respecto a sus ECGs previos. Se le propone al paciente la realización de una **prueba de isquemia, pero el paciente lo rechaza** porque no lo toleraría. Se comenta el caso con unidad de hemodinámica quienes tras revisar las imágenes de la última coronariografía nos comunican la **imposibilidad de revascularización percutánea/quirúrgica** a ese nivel (vaso muy fino, <2mm) y nos transmiten que dichas lesiones son candidatas a **tratamiento médico**. Dado que la frecuencia cardíaca (FC) era >70 lpm a pesar de betabloqueantes a dosis máximas decidimos iniciar **ivabradina 5mg/12h**.



En **abril de 2020**, el paciente acude a revisión refiriendo **notable mejoría** de la clínica tras la última modificación del tratamiento. La FC en el ECG era de 72 lpm. Se decide **incrementar la dosis de ivabradina de 5 a 7,5mg/12h**.

En **mayo de 2020**, el paciente vuelve a revisión con práctica **desaparición de la clínica**. Únicamente presenta molestias torácicas con grandes esfuerzos. La FC era de 65 lpm. Ante la mejoría clínica se decide solicitar **ergometría simple** con intención pronóstica bajo tratamiento antianginoso optimizado. El paciente realizó **7 minutos del protocolo de BRUCE** y la prueba resultó concluyente **negativa clínica y eléctrica** a la carga alcanzada (85% de la frecuencia cardíaca máxima).



En la **actualidad** el paciente continua **clínicamente estable**, sin angor en su actividad habitual y puede realizar ejercicio físico de intensidad leve-moderada.



En resumen, este caso pone de manifiesto la **importancia de la optimización de tratamiento médico antianginoso en pacientes con cardiopatía isquémica crónica**^{1,2}.

Opciones para comprobar adherencia al tratamiento:



En nuestro medio disponemos de un sistema en la **receta electrónica** que nos avisa si el paciente no retira la medicación según se la hemos pautado.



En el informe de alta se especifica la **función que tiene cada fármaco** para ayudar en la comprensión de la importante utilidad de toda la medicación crónica (*ivabradina* → *pastilla* para evitar la angina de pecho).



Asimismo, aconsejamos a los pacientes plurimedcados que adquieran un **pastillero** para facilitarle la organización de toda la medicación y minimizar los fallos.



Por otro lado, suelen venir a consulta **acompañados de un conviviente** para que nos pueda confirmar la adherencia al tratamiento médico.



Finalmente, nuestra **enfermera cita a los pacientes** en consulta para que aporten todas las cajas de medicamentos. De esta forma comprueba que no haya errores y les explica, nuevamente, la utilidad de cada fármaco.

Bibliografía

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2020 Jan 14;41(3):407-477.
2. Soares A, Boden WE, Hueb W, et al. Death and Myocardial Infarction Following Initial Revascularization Versus Optimal Medical Therapy in Chronic Coronary Syndromes With Myocardial Ischemia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Contemporary Randomized Controlled Trials. J Am Heart Assoc. 2021 Jan 19;10(2):e019114.

CD: coronaria derecha; CX: arteria coronaria circunfleja; DA: coronaria descendente anterior; ECG: electrocardiograma; FC: frecuencia cardíaca; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; lpm: latidos por minuto; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST; TCI: tronco coronario izquierdo.

Algunas de las afirmaciones corresponden a la opinión y experiencia propia del autor