



¿Cómo podemos evitar la recurrencia de ECV en un paciente con angina estable?

Dr. José Javier Gómez Barrado

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

1. INTRODUCCIÓN

La **enfermedad coronaria** (EC) constituye un importante problema de salud pública y aunque la tasa de mortalidad ha disminuido en las últimas décadas, sigue siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados.¹ La causa fundamental es la aterosclerosis que es un fenómeno patológico focal de acumulación de placa aterosclerótica y alteraciones funcionales de la circulación coronaria.²

Las **estrategias de tratamiento** deben ir dirigidas, por un lado, a evitar la progresión de la enfermedad y, por otro, a prevenir la aparición de la enfermedad inestable o aguda.² Estos objetivos **se consiguen mediante cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico y revascularización**, que den como resultado la estabilización o regresión de la enfermedad.²

En el registro de enfermedades cardiovasculares isquémicas crónicas a largo plazo (CICD-LT) de la **Sociedad Europea de Cardiología** (ESC) se constata un mal control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y así existe un alto porcentaje de pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) (66,5%) con niveles de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) por encima del objetivo recomendado. En este registro la tasa de mortalidad por causas cardiovasculares a 1 año es baja (1,5%), pero sufren una alta tasa de hospitalizaciones (27,1% de pacientes son hospitalizados por lo menos una vez), fundamentalmente por causas cardiovasculares en el 20,6% de casos.³

En el **registro español CICCOR** se constató una tasa de mortalidad significativamente mayor en los pacientes con SCC que en la población general (15,25 frente a 6,94/1.000 pacientes/año de la población general; razón de mortalidad estandarizada=2,19; IC 95%, 1,88-2,50).⁴

2. DESARROLLO DE LA TEMÁTICA

La EC es una enfermedad crónica y generalmente progresiva y puede presentar periodos largos de estabilidad, pero también se puede desestabilizar en cualquier momento, típicamente debido a un evento aterotrombótico agudo causado por la rotura o la erosión de la placa de ateroma.²

Debido a su naturaleza dinámica, la EC incluye un grupo heterogéneo de presentaciones clínicas que se pueden clasificar como **síndromes coronarios agudos** (SCA) o **síndromes coronarios crónicos**





(SCC). Los contextos clínicos en pacientes con SCC pueden ser múltiples, uno de los más habituales son los pacientes con EC y angina crónica estable.²

El desarrollo de un SCA implica la desestabilización aguda en cada uno de los diferentes contextos clínicos. El riesgo puede aumentar como consecuencia de la falta de control de los FRCV, modificaciones insuficientes en el estilo de vida, tratamiento farmacológico no óptimo o revascularización fallida.²

El objetivo del tratamiento de los SCC es reducir los síntomas y mejorar el pronóstico mediante el tratamiento farmacológico y la revascularización coronaria, y sobre todo la prevención secundaria que incluye modificaciones en el estilo de vida y el control de factores de riesgo cardiovascular.²

La implementación de un estilo de vida saludable (incluido el abandono del tabaquismo y la adherencia a la actividad física recomendada, dieta mediterránea y peso ideal), combinada con un tratamiento adecuado de prevención secundaria, reduce el riesgo de posteriores eventos CV y la mortalidad.²

La rehabilitación cardíaca ha demostrado beneficios en la disminución de la morbimortalidad cardiovascular. Las recomendaciones sobre el estilo de vida de la Sociedad Europea de Cardiología se recogen en la Tabla 1.²

Tabla 1. Recomendaciones sobre el estilo de vida para pacientes con síndrome coronario crónico²

Factor	
Tabaquismo	Use estrategias farmacológicas y conductuales para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Evitar el tabaquismo pasivo
Dieta saludable	Dieta con alto contenido en vegetales, fruta y cereales integrales. Limitar el consumo de grasas saturadas menos del 10% de la ingesta total. Limitar el consumo de alcohol a menos de 100g/semana o 15g/día
Actividad física	30-60 min de actividad física moderada la mayoría de los días, aunque la actividad física irregular también es beneficiosa
Control de peso	Obtener y mantener un peso saludable (IMC < 25) o reducir el peso mediante la ingesta recomendada de calorías y el aumento de la actividad física
Otros	Adherencia al tratamiento médico prescrito. La actividad sexual de intensidad baja o moderada tiene poco riesgo para los pacientes estables asintomáticos

Tabaquismo

El abandono del tabaquismo mejora el pronóstico de los pacientes con SCC y se asocia con una reducción del 36% del riesgo de mortalidad.^{2,5} Las medidas para promover el abandono del tabaco incluyen consejos breves, asesoramiento, intervenciones conductuales y tratamiento farmacológico, como el de sustitución nicotínica. Los fumadores pasivos también tienen un mayor riesgo cardiovascular.²

Dieta

La dieta poco saludable contribuye de manera importante a la aparición y progresión de la EC. Está recomendada una dieta de tipo mediterráneo,⁶ caracterizada por su alto contenido en fruta,





vegetales, legumbres, fibra, ácidos grasos poliinsaturados, frutos secos y pescado, evitando o limitando el consumo de hidratos de carbono refinados, carnes rojas, productos lácteos y ácidos grasos saturados.^{2,6} Una **dieta saludable en pacientes con SCC** se ha asociado con una **reducción de la mortalidad y los eventos CV.**²

Actividad física

Para los pacientes con SCC, se recomienda realizar **30-60 minutos de actividad física aeróbica** de intensidad moderada al menos **5 veces por semana.**^{2,7} Incluso la actividad física irregular durante el tiempo de ocio reduce el riesgo de mortalidad de los pacientes previamente sedentarios y el aumento de la actividad se asocia con una mortalidad cardiovascular más baja.²

Tratamiento farmacológico

El **control de los factores de riesgo cardiovascular** como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia requiere del uso de **fármacos específicos.**⁸

Las estatinas son los fármacos de elección para el tratamiento de la dislipemia. El objetivo de c-LDL recomendado en pacientes con SCC es un c-LDL <55 mg/dl⁸, que se puede conseguir asociando otros fármacos como ezetimiba, iPCSK9, ▼ ácido bempedoico o ▼ inclisiran.⁹

Para el tratamiento de la diabetes deben usarse iSGLT2 y arGLP1 preferentemente, que también se recomiendan para grupos de pacientes con SCC aun sin diabetes.⁹

3. CONSIDERACIONES FINALES

- Para todos los pacientes con SCC se recomiendan las terapias no farmacológicas, incluidos los hábitos dietéticos saludables (dieta mediterránea) y el ejercicio físico regular.²
- Todos los pacientes con SCC que no presenten contraindicaciones deben realizar actividad física frecuente y regular, que incluya ejercicio aeróbico y de resistencia. La rehabilitación cardíaca en estos pacientes proporciona beneficios significativos, disminuyendo la morbimortalidad cardiovascular.²
- Las estatinas son el tratamiento de primera línea para la reducción de lípidos en pacientes con SCC.^{2,9} Existen otros tratamientos complementarios que pueden utilizarse para conseguir los objetivos de c-LDL, como ezetimiba, inhibidores de PCSK9, inclisiran y ácido bempedoico.⁹

arGLP1: agonista del receptor del péptido similar al glucagón 1; **c-LDL:** colesterol-lipoproteína de baja densidad; **CICCOR:** Cardiopatía Isquémica Crónica de Córdoba; **CICD-LT:** enfermedades cardiovasculares isquémicas crónicas a largo plazo; **CV:** cardiovascular; **ESC:** European Society of Cardiology; **EC:** enfermedad coronaria; **ECV:** enfermedad cardiovascular; **FRCV:** factores de riesgo cardiovascular; **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador sodio glucosa 2; **PCSK9:** proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; **SCA:** síndrome coronario agudo; **SCC:** síndrome coronario crónico.

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Revista Española de Cardiología. 2014 Feb;67(2):139-44. 2. 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. 3. Kerneis M, Cosentino F, Ferrari R. Impact of chronic coronary syndromes on cardiovascular hospitalization and mortality: the ESC-EORP CICD-LT registry. Eur J Prev Cardiol. 2022 Nov 8;29(15):1945-1954. 4. Sánchez Fernández JJ, Ruiz Ortiz M, Ogayar Luque C, et al. Long-term Survival in a Spanish Population With Stable Ischemic Heart Disease: The CICCOR Registry. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2019 Oct;72(10):827-834. 5. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003 Jul 2;290(1):86-97. 6. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. N Engl J Med. 2018 Jun 21;378(25):e34. 7. Bruning RS, Sturek M. Benefits of exercise training on coronary blood flow in coronary artery disease patients. Prog Cardiovasc Dis. 2015 Mar-Apr;57(5):443-53. 8. Mostaza JM, Pintó X, Armario P, et al. SEA 2022 Standards for Global Control of Cardiovascular Risk. Clin Investig Arterioscler. 2022 May-Jun;34(3):130-179. 9. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2023 Aug 29;148(9):e9-e119.

CVBLOGGOMEZBDC23