

FÁRMACOS ANTIANGINOSOS

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 22/06/2021

Patología: Cardiopatía isquémica y factores de riesgo / Categoría: Recordar

Tiempo de lectura: 3 minutos

<https://www.caprimaria.com/leer-ci/antianginosos-farmacos-coronarios>



Los Síndromes Coronarios Crónicos (SCC) son definidos en las últimas guías de práctica clínica, publicadas en 2019, como un conjunto de procesos con una vía fisiopatológica común. Esa vía es la alteración de la pared de la arteria coronaria, bien de forma funcional (*espasmos...*) o de forma estructural (*fundamentalmente placas de ateroma*).

Estos SCC tienen un curso progresivo y lento, pero presentan periodos de inestabilidad, conocidos como síndromes coronarios agudos, habitualmente por rotura de placas de ateroma.

Los pacientes con SCC pueden estar asintomáticos o sintomáticos. En todos los casos es fundamental tratar los factores de riesgo modificables y educar en un estilo de vida cardiosaludable, además de la terapia antiagregante.

Cuando los pacientes están sintomáticos, debemos utilizar fármacos conocidos como anti-anginosos. Los fármacos anti-anginosos no mejoran el pronóstico cardiovascular y por tanto no reducen la morbimortalidad cardiovascular. Por eso, son fármacos que solo debemos dar si el paciente tiene síntomas.

¿Qué anti-anginoso dar?

Disponemos de los siguientes: Betabloqueantes, calcioantagonistas, Nitratos, Ivabradina, Ranolazina, Trimetazidina y nicorandil.

Aunque es cierto que las guías de práctica clínica recomiendan un algoritmo en escalones, iniciando la terapia con betabloqueantes o calcioantagonistas, la ausencia de beneficio pronóstico con todos los fármacos anti-anginosos nos permite individualizar la terapia.

En base a ello:

- si el paciente tiene un infarto previo o insuficiencia cardiaca/disfunción ventricular izquierda, los Betabloqueantes serían los fármacos primera elección, en base a sus beneficios pronósticos en este tipo de pacientes;
- si el paciente tiene tensiones normales o bajas, como no existe suficiente evidencia científica para confirmar la ausencia de una curva en J en pacientes coronarios, sería recomendable evitar fármacos con función antihipertensiva asociada;
- si el paciente no está en ritmo sinusal o su frecuencia basal no supera los 70 l/x', no se indicaría la ivabradina;
- si el paciente tiene bradicardia o trastornos del ritmo significativos, se contraindica el uso de BB, calcioantagonistas no DHP (diltiazem, verapamilo) e ivabradina;
- en pacientes con revascularización incompleta, en base al estudio RIVER-PCI, la ranozalina no tendría indicación.

La eficacia anti-anginosa de los fármacos debe ser testada en un periodo de 2-4 semanas, si no consiguen su objetivo, deben combinarse con otros fármacos del grupo anti-anginoso.

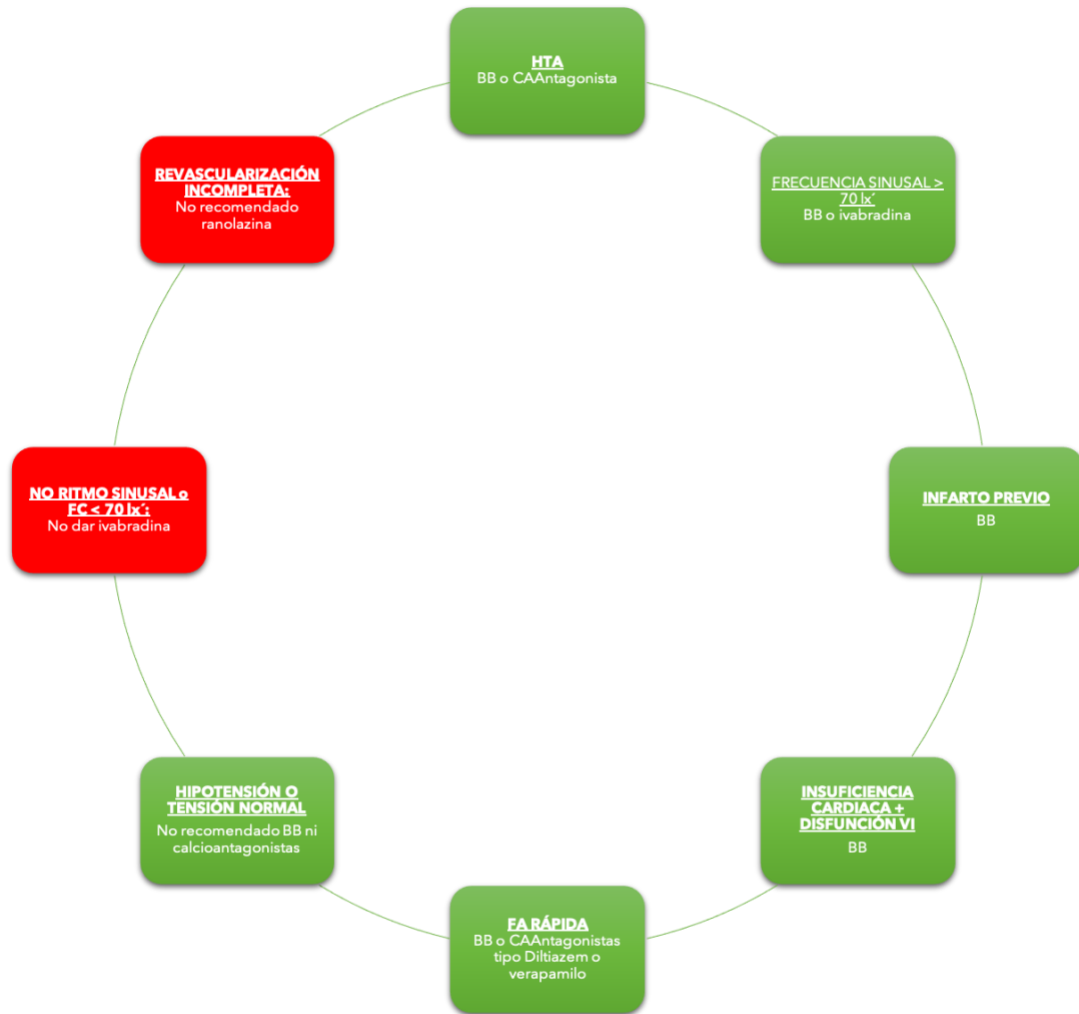


Ilustración 1. Indicaciones fármacos antianginosos. Elaboración propia carprimaria. En verde recomendado. En rojo no recomendado

REFERENCIAS

Eur Heart J. 2020 Jan 14;41(3):407-477
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31504439/>