GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON ANGINA ESTABLE

I. Lista de recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas

Pregunta N°	Enunciado	Tipo [1]	Fuerza y dirección [2]	Calidad de la evidencia [2]
	Educación al paciente			
1	Aconseje al paciente sobre la necesidad de cambios en el estilo de vida (por ejemplo, ejercicio, dejar de fumar y control del peso) y apoyo psicológico, y ofrezca intervención de ser necesario.	**PBC**		
	Explique claramente la angina estable al paciente, incluyendo factores que la provoquen (por ejemplo, ejercicio, estrés emocional, exposición al frío, una comida pesada), la evolución a largo plazo y el manejo. Cuando sea relevante, involucre a la familia o al cuidador del paciente en la discusión.	**PBC**		
	Explore y aborde temas de acuerdo con las necesidades del paciente que pueden incluir: a. Habilidades de regular sus actividades y colocarse metas. b. Preocupaciones sobre el impacto del estrés, ansiedad o depresión sobre la angina. c. Aconseje acerca del ejercicio físico incluyendo la actividad sexual.	**PBC**		
	Discuta las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente y de ser apropiado, de su familia y cuidador, acerca de su condición, pronóstico y tratamiento. Explore y aborde cualquier malinterpretación sobre angina estable y sus implicaciones para la actividad diaria, el riesgo de infarto y la expectativa de vida	**PBC**		
	Aliente al paciente a preguntar sobre su angina y su tratamiento. Dele oportunidad para expresar sus miedos y preocupaciones.	**PBC**		
	Discuta con el paciente el propósito de su tratamiento, y cualquier riesgo y beneficio asociado a este.	**PBC**		
	Explique al paciente que el objetivo del tratamiento antianginoso es prevenir episodios de angina, y que el objetivo del tratamiento de prevención secundaria es prevenir eventos como infarto o accidente cerebro vascular.	**PBC**		
	Los pacientes son diferentes en cuanto al tipo y cantidad de información que necesitan y desean. Por eso, la provisión de información debe individualizarse y puede incluir, pero no limitarse a: • Qué es la medicina. • Cómo afectará la medicina a su condición (es decir, sus beneficios). • Los efectos adversos probables o significativos, y qué hacer si creen que están experimentando alguno. • Cómo usar la medicina. • Qué hacer si olvidan una dosis. • Si requerirán más cursos de tratamiento luego de la primera prescripción. • Cómo pedir más medicinas.	**PBC**		
	Explique al paciente que debe acudir a emergencia si tiene un empeoramiento súbito en la frecuencia o severidad de su angina.	**PBC**		

Manejo no farmacológico				
2	En pacientes con angina estable no sugerimos prescribir cápsulas de aceite de pescado para disminuir el número de episodios de angina por semana.	**R**	Condicional en contra	Baja ⊕⊕◯◯
Manejo farmacológico				
3	En pacientes con angina estable previo a realizar algún esfuerzo físico sugerimos administrar nitratos de acción corta disponibles, para incrementar el tiempo libre de síntomas.	**R**	Condicional	**Baja** ⊕⊕◯◯
	Ofrecer nitratos de acción corta disponibles para aliviar los síntomas agudos desencadenados por el esfuerzo.	**PBC**		
	Aconseje al paciente: • Reposo físico ante un episodio de dolor anginoso, sino calma el dolor con el reposo, administrar nitrato. • Sentarse antes de usar un nitrato de acción corta vía sub-lingual. • Repetir la dosis luego de 5 minutos si el dolor no cede. • Acudir a emergencia si el dolor persiste luego de 5 minutos de tomar la segunda dosis. • Acudir a cita con cardiología, si nota que los episodios de dolor precordial se presentan a menor esfuerzo o en reposo. • Cómo administrar el nitrato de acción corta. • Los efectos secundarios como el rubor (*flushing*), cefalea y mareos. • Sentarse o encontrar algo a qué aferrarse cuando sienta mareos.	**PBC**		
	Discuta cómo los efectos secundarios del tratamiento pueden afectar las actividades diarias del paciente y explique por qué es importante que tome el tratamiento regularmente.	**PBC**		
	No excluya del tratamiento a un paciente con angina estable basado sólo en su edad.	**PBC**		
	El enfoque de manejo de angina estable no debe ser diferente, en hombres o mujeres o en diferentes grupos étnicos.	**PBC**		
4	En pacientes adultos con angina estable, se recomienda usar un betabloqueador o un bloqueador de canales de calcio para disminuir el número de episodios de angina por semana.	**R**	Fuerte	Moderada ⊕⊕⊕◯
	En pacientes adultos con angina estable que no controlen síntomas de su angina estable con un betabloqueador adicionar un bloqueador de canales de calcio para disminuir el número de episodios de angina por semana. * * Cuando se combine un betabloqueador con un bloqueador de canales de calcio use un dihidropiridínico (ejemplo: nifedipino o amlodipino).	**R**	Fuerte	Moderada ⊕⊕⊕◯
	Decida qué medicamento utilizar basado en las comorbilidades, contraindicaciones, preferencias del paciente y costos.	**PBC**		
	Si el paciente no tolera el betabloqueador o el bloqueador de canales de calcio, considere cambiar a la otra opción (bloqueador de canales de calcio o betabloqueador*)	**PBC**		
	En paciente adultos con angina estable que no toleren los beta bloqueadores ni bloqueadores de canales de calcio ofrecer nitratos de acción prolongada.	**PBC**		
	No ofrezca rutinariamente medicamentos antianginosos diferentes a beta bloqueadores (BB) o bloqueadores de	**PBC**		

	canales de calcio (BCC) como tratamiento de primera línea para angina estable.			
	No ofrezca un tercer medicamento antianginoso a pacientes cuya angina estable está controlada con dos medicamentos antianginosos.	**PBC**		
	Si los síntomas del paciente no son satisfactoriamente controlados con dos medicamentos antianginosos, considerar revascularización.	**PBC**		
	Si el paciente está esperando revascularización o la revascularización no es considerada apropiada o no es aceptada por el paciente considere añadir un tercer medicamento antianginoso (nitrato de acción prolongada).	**PBC**		
	Revise la respuesta al tratamiento, incluyendo cualquier efecto secundario, 2 a 4 semanas luego de empezar o cambiar el tratamiento farmacológico.	**PBC**		
	Titule la dosis de acuerdo con los síntomas del paciente hasta la máxima dosis tolerable.	**PBC**		
	No administrar dihidropiridinas (nifedipino y amlodipino) de acción corta en pacientes con enfermedad arterial coronaria y episodios anginosos.	**PBC**		
5	En pacientes con angina estable, se recomienda usar ácido acetil salicílico 75-100 mg diariamente, teniendo en cuenta el riesgo de sangrado y comorbilidades, para disminuir el riesgo de infarto no fatal.	**R**	Fuerte	**Moderada** ⊕⊕⊕◯
	En pacientes con angina estable que no toleren el ácido salicílico, prescribir clopidogrel 75mg diario.	**PBC**		
6	En pacientes con angina estable diabéticos e hipertensos recomendamos un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) para para reducir la morbimortalidad de la enfermedad.	**R**	Fuerte	**Moderada** ⊕⊕⊕◯
	En pacientes no hipertensos, ni diabéticos considerar el uso de IECAS según los niveles de presión arterial.	**PBC**		
	Considerar estatinas en pacientes con angina estable independientemente de las cifras de cLDL. Los objetivos del tratamiento son LDL < 1,8 mmol/l (< 70 mg/dl) o una reducción del cLDL > 50% cuando no se pueda alcanzar los objetivos.	**PBC**		
Seguimiento				
6	Solicite pruebas funcionales o anatómicas para la estratificación del riesgo (bajo, riesgo o alto) de muerte o infarto de miocardio en pacientes con angina estable y síntomas controlados (tabla N° 9).	**PBC**		
	En pacientes con angina estable estratificados como alto riesgo indicar revascularización, considerando los riesgos y beneficios de cada intervención.	**PBC**		
Revascularización				
7	Discutir los riesgos y beneficios de la técnica de revascularización seleccionada con el equipo multidisciplinario (un cirujano cardiovascular, un cardiólogo intervencionista y un cardiólogo clínico) en: • Paciente en quienes exista la duda del mejor método de revascularización por condición clínica: diabetes mellitus tipo 2, comorbilidades, edad • Pacientes con enfermedad coronaria compleja: tronco de coronaria izquierda y enfermedad multivaso	**PBC**		
	En la elección del procedimiento considere la mayor duración de la revascularización quirúrgica frente a la revascularización percutánea en pacientes con enfermedad multivaso cuyos síntomas no son adecuadamente controlados con tratamiento médico y quienes:	**PBC**		

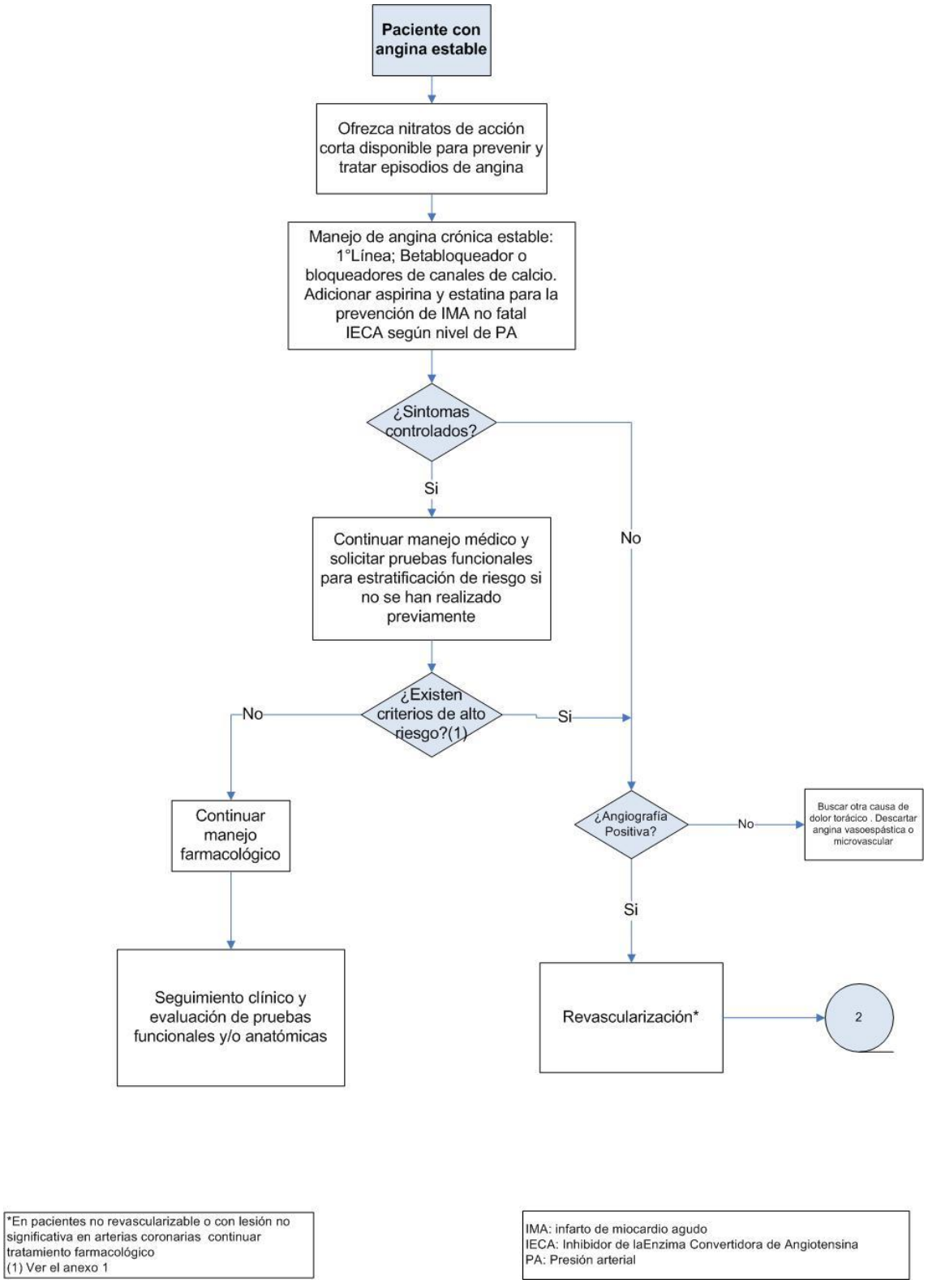
	• Tengan Diabetes Mellitus. • Sea mayores a 65 años. • Tengan una anatomía compleja o enfermedad de tres vasos con o sin compromiso de la coronaria izquierda.			
	Utilizar el score SYNTAX para estratificar la complejidad angiográfica de las estenosis coronarias significativas en pacientes con enfermedad multivaso.	**PBC**		
	En pacientes con enfermedad multivaso con score SYNTAX moderado a severo recomendamos CBA.	**R**	Fuerte	**Alta** ⊕⊕⊕⊕
	En pacientes con enfermedad multivaso que incluye tronco coronario izquierdo, con score SYNTAX leve a moderado, recomendamos IPC o CBA.	**R**	Fuerte	**Alta** ⊕⊕⊕⊕
	En pacientes con enfermedad multivaso diabéticos recomendamos CBA.	**R**	Fuerte	**Alta** ⊕⊕⊕⊕
	En pacientes con enfermedad multivaso mayores a 65 años recomendamos CBA.	**R**	Fuerte	**Moderada** ⊕⊕⊕◯
	En pacientes con enfermedad multivaso, con score SYNTAX leve, recomendamos IPC o CBA.	**R**	Fuerte	**Alta** ⊕⊕⊕⊕
	En pacientes con enfermedad multivaso, con score SYNTAX moderado a severo, recomendamos CBA.	**R**	Fuerte	**Alta** ⊕⊕⊕⊕
	En pacientes con enfermedad multivaso que incluye tronco coronario izquierdo, con score SYNTAX leve a moderado, recomendamos IPC o CBA.	**R**	Fuerte	**Alta** ⊕⊕⊕⊕
	En pacientes con enfermedad multivaso que incluye tronco coronario izquierdo, con score SYNTAX severo, recomendamos CBA.	**R**	Fuerte	**Alta** ⊕⊕⊕⊕
	En aquellos casos en que ambas técnicas de revascularización han demostrado igual beneficio, individualizar el caso y discutirlo con el equipo multidisciplinario para la toma de decisión final.	**PBC**		
	En pacientes con enfermedad arterial descendente anterior proximal sugerimos IPC o CBA, siendo la tasa de revascularización repetida mayor con IPC.	**R**	Condicional	**Muy baja** ⊕◯◯◯
	En pacientes con enfermedad de tronco coronario izquierda recomendamos IPC o CBA, según su complejidad.	**R**	Fuerte	**Moderada** ⊕⊕⊕◯

[1] Recomendación (R) o punto de buenas prácticas clínicas (BPC)

[2] La fuerza, dirección y calidad de la evidencia solo se establecen para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC

II. Flujogramas del manejo

Flujograma 1. Manejo de la angina estable



Flujograma 2. Revascularización

