

6. ANGINA DE PECHO Y SU INTERFERENCIA CON LA CONDUCCIÓN

La enfermedad coronaria abarca un conjunto de entidades clínicas que incluyen la angina de pecho, la isquemia silente, el vasoespasma coronario y el infarto agudo de miocardio.

La causa más frecuente de isquemia cardiaca es la aterosclerosis de las arterias coronarias, y después los embolismos, las arteritis y las anomalías congénitas.

La *cardiopatía isquémica* es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis en las arterias coronarias, que son las que suministran oxígeno a las células del músculo cardiaco (miocardio).

La *arteriosclerosis* coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos), que provoca estenosis (estrechamiento) de las arterias coronarias.

Este proceso empieza en la segunda o tercera década de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria impide que el aporte de oxígeno sea el suficiente para las necesidades del miocardio. En este caso se produce una *isquemia miocárdica (angina de pecho o angor pectoris)*, o una oclusión súbita por trombosis de la arteria que impide la oxigenación del miocardio y que da lugar al *síndrome coronario agudo o infarto agudo de miocardio (IAM)*.

La *cardiopatía isquémica* es una enfermedad que depende de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). Algunos no son modificables como la edad avanzada, el sexo (es más frecuente en los hombres, aunque se iguala en las mujeres a partir de la menopausia) y el hecho de que en la familia de primer grado existan antecedentes de cardiopatía isquémica prematura. Es muy importante saber que se puede prevenir si se controlan los FRCV modificables, que son:

- ▶ Niveles elevados de colesterol, más específicamente del colesterol LDL (malo).
- ▶ Niveles bajos de colesterol HDL (bueno).
- ▶ Tabaquismo.
- ▶ Hipertensión arterial.
- ▶ Diabetes mellitas.
- ▶ Obesidad.
- ▶ Sedentarismo o falta de ejercicio habitual.

La *angina de pecho* es la manifestación clínica de la isquemia miocárdica, causada generalmente por la obstrucción aterosclerótica de las arterias coronarias. Otros procesos que también producen angina son la valvulopatía aórtica, la miocardiopatía hipertrófica y el vasoespasma coronario.

La *angina de pecho estable* es un síntoma de dolor, opresión, tirantez o quemazón en la zona del esternón, aunque puede irradiarse a mandíbula, cuello, hombro, espalda, epigastrio, o al brazo o a la muñeca izquierda. En ocasiones sólo se observa el dolor en la zona irradiada, sin afectación precordial. Suele durar entre 1 y 15 minutos. El dolor se desencadena tras el ejercicio físico o con las situaciones de estrés o ansiedad. Los síntomas son similares a los de un IAM, aunque característicamente se alivia en pocos minutos con el reposo o tras la administración de nitroglicerina sublingual. Existen circunstancias que pueden incrementar la intensidad y la frecuencia de las anginas como anemia, fiebre, hipertensión, el frío, una comida copiosa y sobre todo el tabaquismo.

6. ANGINA DE PECHO Y SU INTERFERENCIA CON LA CONDUCCIÓN

La *angina de pecho inestable* se desencadena igual que el infarto, aunque no existe una oclusión completa de la arteria coronaria y no se ha ocasionado muerte de células cardiacas (infarto). Los síntomas son similares a los de un IAM, aunque generalmente de menor duración e intensidad. Esta angina debe ser tratada como una emergencia, ya que hay un elevado riesgo de producirse un IAM, una arritmia grave o muerte súbita.

El pronóstico de la angina depende de lo que se haya dañado el músculo cardiaco, por lo que es muy variable, desde estar asintomáticos hasta sufrir frecuentes anginas o infarto. Los factores que más influyen en el pronóstico son los FRCV antes citados.

El tratamiento farmacológico de la angina de pecho se realiza con:

- ▶ **Ácido acetilsalicílico:** a dosis de 75 a 100 mg/día, es un antiagregante plaquetario que disminuye la incidencia de IAM.
- ▶ **Nitratos de acción prolongada:** sus efectos colaterales son cefalea, hipotensión grave, taquicardia, mareo y síncope.
- ▶ **Betabloqueantes:** los efectos colaterales son astenia y broncoespasmo.
- ▶ **Calcioantagonistas:** el verapamilo puede producir hipotensión, bradicardia, bloqueo A-V, insuficiencia cardiaca y favorecer la intoxicación por digital. El nifedipino puede producir hipotensión, taquicardia, cefalea, mareo y edema.

Existen pacientes que necesitan revascularización quirúrgica para corregir las estenosis coronarias. La revascularización se puede realizar mediante dos técnicas:

- ▶ **Angioplastia coronaria:** por cateterismo se llega a la arteria coronaria, se dilata y se implanta un stent.
- ▶ **By-pass:** es una cirugía cardiaca de derivación utilizada cuando la angioplastia coronaria no es posible en pacientes con cardiopatía isquémica más extensa.

Consejos sobre la angina de pecho en la conducción

- ▶ La mejoría de la angina de pecho se basa en el control estricto de los FRCV por lo que es imprescindible abandonar el tabaquismo, hacer ejercicio regular, conseguir un peso ideal, controlar la hipertensión y la diabetes, seguir una dieta baja en colesterol y grasas y conseguir que los niveles de colesterol LDL estén por debajo de 70 mg/dL.
- ▶ El dolor torácico producido por isquemia cardiaca obliga a detenerse inmediatamente por lo que no se puede conducir con angina.
- ▶ Se debe llevar la nitroglicerina en el vehículo, porque si se produce angina, hay que parar y administrar la nitroglicerina sublingual. Se puede repetir la administración a intervalos de 5 minutos. En cualquier caso, se debe pedir ayuda para acudir al centro de urgencias más próximo.
- ▶ Los pacientes deben saber que la nitroglicerina les puede producir cefalea, taquicardia, mareo y síncope, por lo que aunque la angina haya desaparecido, tampoco se puede conducir.
- ▶ Tampoco deben conducir los pacientes que habitualmente padecen angina de repetición.
- ▶ La ansiedad y el estrés de la conducción pueden aumentar la frecuencia cardiaca y la presión arterial, lo que puede desencadenar una nueva crisis anginosa. Por ello, los pacientes con cardiopatía isquémica deben ser unos conductores calmados que disfruten con la conducción, y que ésta no sea causa de estrés y de angina.

6. ANGINA DE PECHO Y SU INTERFERENCIA CON LA CONDUCCIÓN

- ▶ Los efectos secundarios de la medicación antianginosa pueden interferir con la conducción, por lo que en estos casos se debe poner en conocimiento del médico, para que en su caso modifique la posología, dosis o el fármaco causante.
- ▶ Los pacientes que han sido sometidos a un proceso de revascularización coronaria no pueden iniciar la conducción durante los tres meses posteriores a la cirugía, y deben encontrarse sin síntomas.