



Angina inestable. Criterios de Braunwald

Raquel Villar Bello

Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

- La clasificación de la angina inestable se introdujo en 1989 y revisada en el 2000 en un intento de ayudar a la toma de decisiones, el diseño y evaluación de ensayos clínicos, aproximar pronósticos y desarrollar apropiadas estrategias para cada subgrupo.
- Está basada en la historia clínica, la presencia o ausencia de cambios en el electrocardiograma y la intensidad del tratamiento antianginoso.

CLASIFICACIÓN BRAUNWALD

1. Según la severidad de la angina:

- Clase **I**. Angina severa de reciente comienzo (en los 2 últimos meses) o acelerada, sin dolor de reposo.
- Clase **II**. Angina de reposo en el último mes, pero no en últimas 48 horas.
- Clase **III**. Angina de reposo en las últimas 48 horas.

2. Según las circunstancias clínicas:

- Clase **A**. Angina secundaria: presencia de un factor extracoronario que precipita o agrava la isquemia miocárdica (anemia, taquicardia, tirotoxicosis, hipotensión, hipoxemia...).
- Clase **B**. Angina primaria.
- Clase **C**. Angina post-infarto: IAM en las 2 últimas semanas.

3. Según la intensidad del tratamiento previo a la angina:

1. Tratamiento ausente o mínimo.
2. Tratamiento típico de angina estable: betabloqueantes, calcioantagonistas o nitratos a dosis convencionales.
3. Tratamiento máximo: dosis máximas de fármcos antianginosos, incluyendo nitratos intravenosos.

4. Según los cambios en el electrocardiograma (EKG):

1. No cambios en EKG
2. Cambios en EKG: ondas T negativas, depresión del ST.

- Para la angina inestable, la clasificación Braunwald es **altamente predictiva de enfermedad coronaria subyacente, progresión a IAM y selección final del tratamiento.**
- Su utilidad ha sido validada en numerosos estudios prospectivos:



Angina inestable. Criterios de Braunwald

- "Calvin et al": incluye 4 factores que predicen el riesgo de complicaciones cardíacas mayores (muerte, IAM después de las primeras 24 horas, ICC, TV y FV) y que son IAM en las últimas 2 semanas, necesidad de nitroglicerina i.v, ausencia de tratamiento con betabloqueantes o calcioantagonistas bradicardizantes previo a la admisión o depresión del ST
- La presencia de cambios en el EKG y la necesidad de tratamiento antianginoso máximo son predictivos del número de coronarias afectas. (*Owa et al*)
- Los pacientes que no han recibido tratamiento para la angina y aquellos sin alteraciones en el EKG basal, tienen más probabilidad de presentar vasoespasmo coronario como condición subyacente. (*Owa et al*)
- La angina inestable clase III se asocia con > incidencia de trombosis coronaria en la angiografía y a un > riesgo de progresión clínica a IAM. (*Owa et al,*)
- Existe una correlación entre la clase clínica y la anatomía coronaria, de tal forma que las clases más altas (III y C) se asocian con lesiones complejas y trombosis coronaria. (*Ahmed, Dances, De Servi...*)
-

BIBLIOGRAFÍA

- Braunwald E. Unstable angina. A classification. *Circulation*. 1989 Aug;80(2):410-4.
- Hamm CW, Braunwald E. A classification of unstable angina revisited. *Circulation*. 2000 Jul 4;102(1):118-22.
- Owa M, Origasa H, Saito M. Predictive validity of the Braunwald Classification of Unstable Angina for angiographic findings, short-term prognoses, and treatment selection. *The Journal of Vascular Diseases*; August 1997, Vol 48, No 8
- J. E. Calvin, L. W. Klein, B. J. VandenBerg, P. Meyer, J. V. Condon, R. J. Snell, L. M. Ramirez-Morgen and J. E. Parrill. Risk stratification in Unstable Angina. Prospective validation of the Braunwald Classification. *JAMA*, January 11, 1995; Vol 273, No 2.
- Christian W. Hamm, MD; Eugene Braunwald, MD. Classification of Unstable Angina revisited. *Circulation*. 2000; 102:118-122