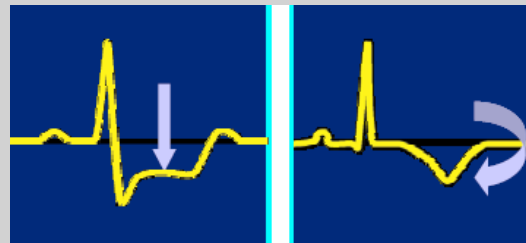
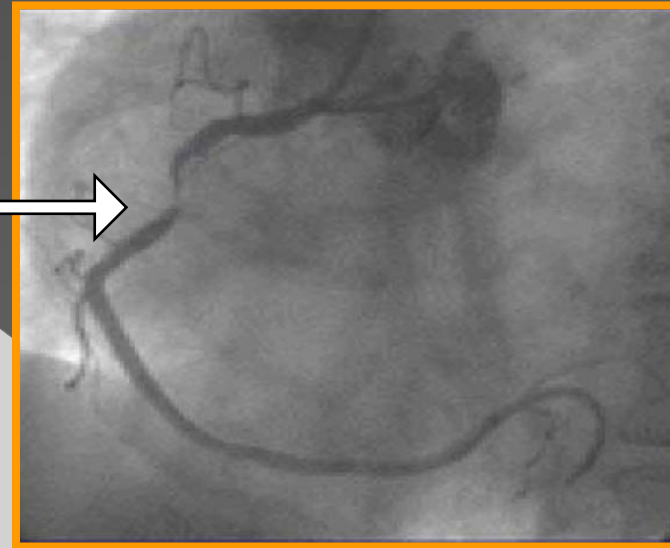
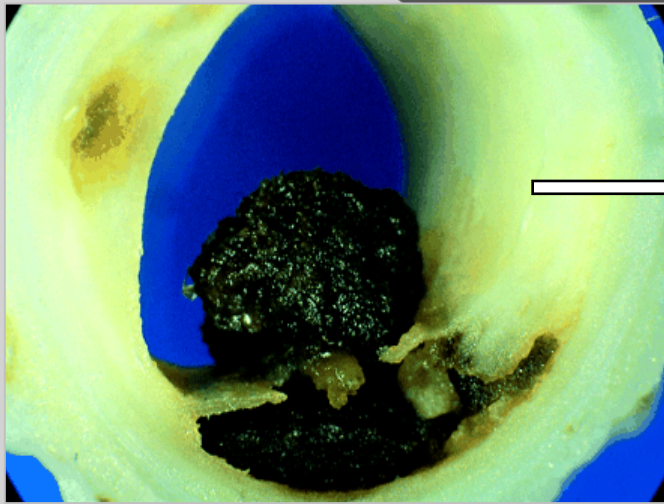


Toma de decisiones en: SCASEST: “Mantener la arteria abierta”



No elevación ST

SCA SIN ELEVACION PERSISTENTE DEL ST.

SCA: Características diferenciales

- La **incidencia** del SCASEST es mayor que el SCAEST (3 o 4 /1)
- El **diagnóstico** de SCASEST es más difícil de establecer
- Las **CCV** se presentan mas precozmente en el SCAEST. En los SCASEST se presentan más allá de días y semanas.
- La **mortalidad** a los 6 meses es comparable entre SCAEST y SCASEST.

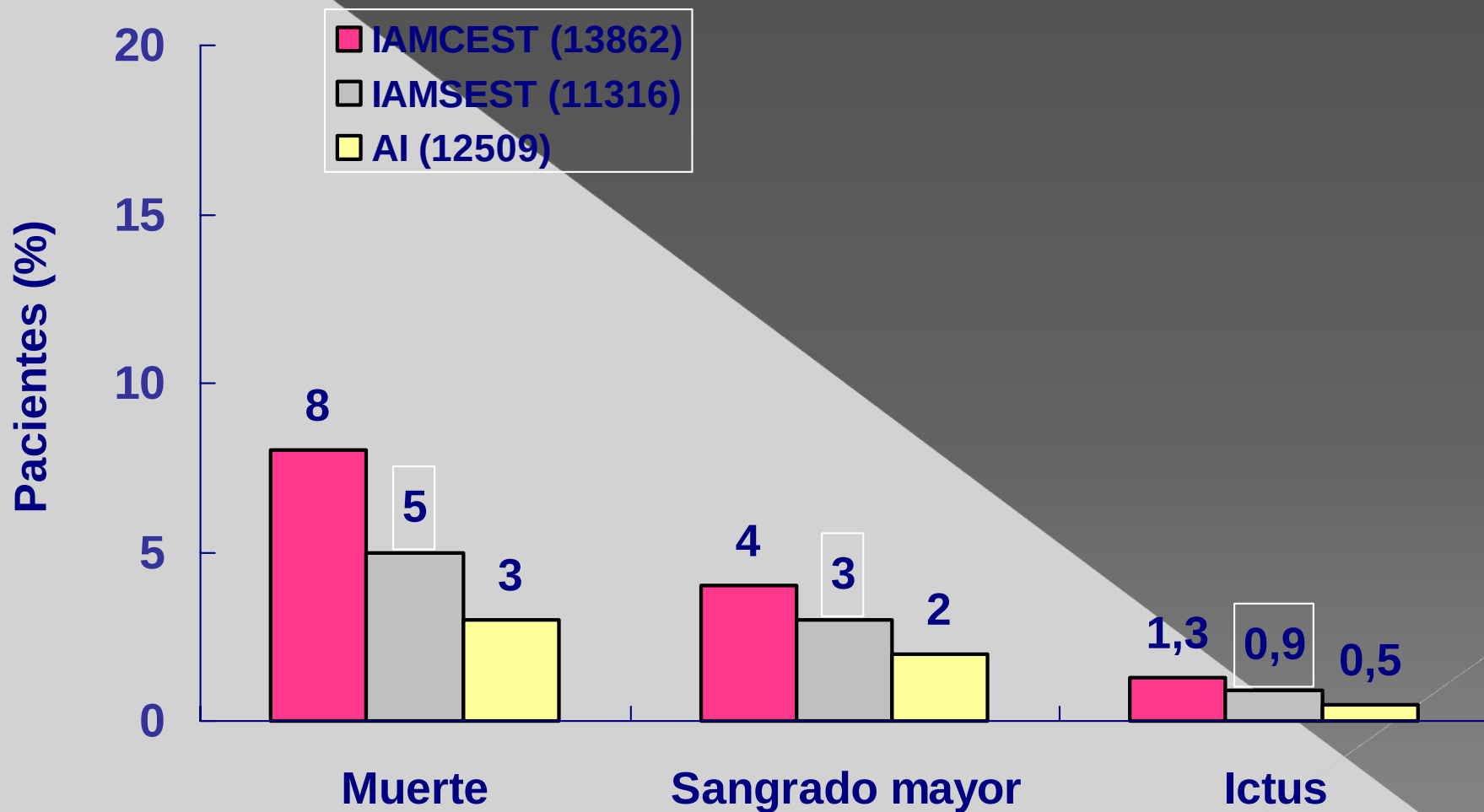
SCACEST

- ◉ Edad baja
- ◉ 88% hombres
- ◉ 1ª manifestación EAC 70%
- ◉ 55% EAC de 1 vaso
- ◉ Tabaquismo / diabetes
- ◉ ↑ % CCV a corto plazo
- ◉ > 90 % IMEST

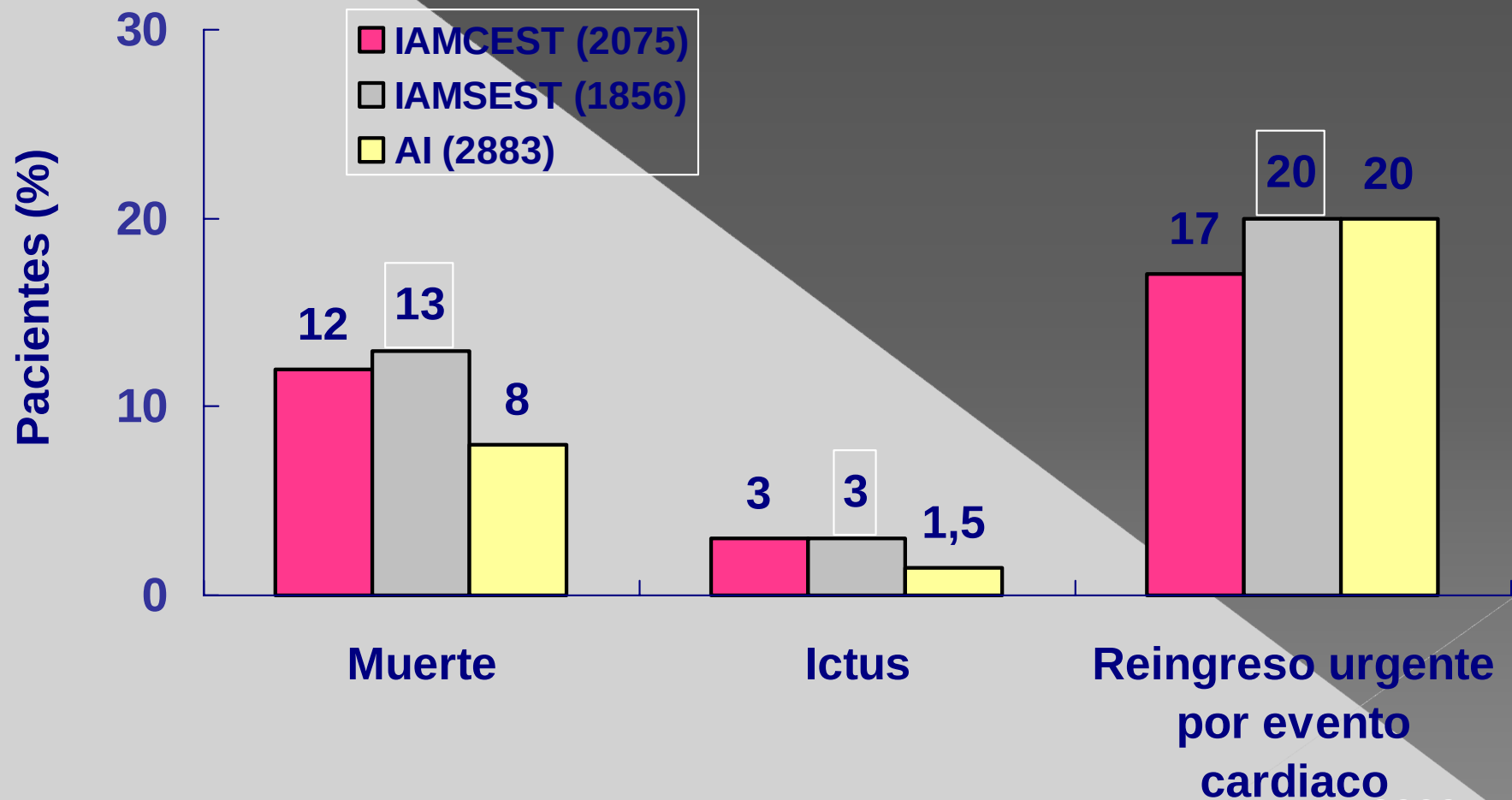
SCASEST

- ◉ Edad avanzada
- ◉ 71% hombres
- ◉ Historia crónica de EAC
- ◉ 19% EAC de 1 vaso
- ◉ Ex tabaquismo / HTA / DLP / DM
- ◉ Grupo heterogeneo de riesgo
- ◉ ↑ % CCV a largo plazo
- ◉ 35% de comorbilidad avanzada

Evolución durante el ingreso en SCA: Registro GRACE



Pronóstico a 6 meses en SCA: Registro GRACE



Toma de decisiones en SCASEST



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehm161

ESC Guidelines



Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology

Authors/Task Force Members, Jean-Pierre Bassand* (Chair) (France), Christian W. Hamm* (Co-Chair) (Germany), Diego Ardissino (Italy), Eric Boersma (The Netherlands), Andrzej Budaj (Poland), David Hasdai (Israel), Francisco Fernandez-Aviles (Spain), Keith A.A. Fox (UK), Eric Magnus Ohman (USA), Lars Wallentin (Sweden), William Wijns (Belgium)

ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction—Executive Summary

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction)

Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons

Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine

- ¿Qué dicen las guías?
- Aplicación al paciente concreto y toma de decisiones.
- Información al paciente.
- Realización del procedimiento.

SCASEST: Objetivos

Reconocimiento precoz

- › Identificar con precisión a los pacientes con SCASEST entre el gran número de pacientes que consultan con sospecha de síntomas isquémicos.

Estratificación inicial de riesgo

- › Determinar la probabilidad de complicaciones cardiovasculares graves a corto y a largo plazo
- › Tratamiento y **momento de la coronariografía e ICP** de acuerdo a la categoría de riesgo del paciente

Estratificación de riesgo en el SCASEST: ESCALA TIMI

Antecedentes	Puntuación
Edad ≥ 65 años	1
≥ 3 factores de riesgo de EC (Antecedentes familiares, HTA, $\uparrow$ col, DM, fumador activo)	1
EC conocida (estenosis $\geq 50\%$)	1
Uso de AAS en los últimos 7 días	1
Presentación	
Angina grave reciente (≤ 24 h)	1
$\uparrow$ marcadores cardíacos	1
Desviación ST $0,5$ mm	1
Puntuación del riesgo = puntuación total (0-7)	

Riesgo de acontecimientos cardíacos (%) a los 14 días en TIMI 11B*		
Puntuación de riesgo TIMI	Muerte o IM	Muerte, IM o revasc. urgente
0/1	3	5
2	3	8
3	5	13
4	7	20
5	12	26
6/7	19	41
*Criterios de inclusión: AI o IMSEST definido como dolor isquémico en reposo al cabo de 24 horas, con evidencias de EC (desviación del segmento ST o marcador +)		

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión, $\uparrow$ col: hipercolesterolemia.

1. Antman EM *et al.* JAMA 2000;284:835-842.

Recomendaciones para estrategia invasiva y revascularización

Estrategia invasiva urgente

Pacientes con angina refractaria recurrente asociada con cambios dinámicos del segmento ST, insuficiencia cardíaca, arritmias graves o inestabilidad hemodinámica (I-C).

Estrategia invasiva precoz <72 horas

Pacientes con riesgo intermedio -alto

Estrategia conservadora ó electiva

No se recomienda la evaluación invasiva de rutina en ausencia de riesgo intermedio alto (III-C), pero si la valoración no invasiva de isquemia inducible (I-C). Actuar según test isquemia

Recomendaciones tratamiento anticoagulante

3. Estrategia de tratamiento

tratamiento anticoagulante

Urgente

- Angina persistente o recurrente con o sin cambios del segmento ST ($\geq 2\text{mm}$) o inversión de la onda T resistente a tratamiento antianginoso.
- Síntomas clínicos de insuficiencia cardíaca o inestabilidad hemodinámica progresiva
- Arritmias que amenazan la vida (Fibrilación ventricular, taquicardia ventr).

HNF: Bolo intravenoso de UFH 60–70 IU/kg (maximo 5000 IU) seguido de una infusión 12–15 IU/kg/h (máximo 1000 IU/h) titulado a un aPTT 1.5–2.5 veces el control

ENOXAPARINA: 1 mg/kg dos veces al día subcutáneo

BIVALIRUDINA: bolo de 0.1 mg/kg seguido de 0.25 mg/kg/h

Temprana (<72 h)

- Niveles elevados de troponina
- Cambios dinámicos del segmento ST o de la onda T (síntomáticos o silentes)
- Diabetes Mellitus
- Insuficiencia renal (tasa de filtración glomerular $<60\text{ ml/min/1.73m}^2$)
- Reducción de la función del ventrículo izquierdo (Fracción de eyección $<40\%$).
- Angina temprana post infarto
- Infarto de Miocardio previo
- PCI en 6 meses antes del episodio actual.
- Bypass previo
- Estratificación de riesgo GRACE de intermedio a alto

FONDAPARINUX: 2.5 mg/ día subcutáneo

ENOXAPARINA: 1 mg/kg dos veces al día subcutáneo

No/ Electiva

- Dolor torácico no recurrente
- No signos de falla cardíaca
- No cambios nuevos en el electrocardiograma (al ingreso y 6-12 horas después)
- No elevación de troponinas (al ingreso y 6-12 horas después).

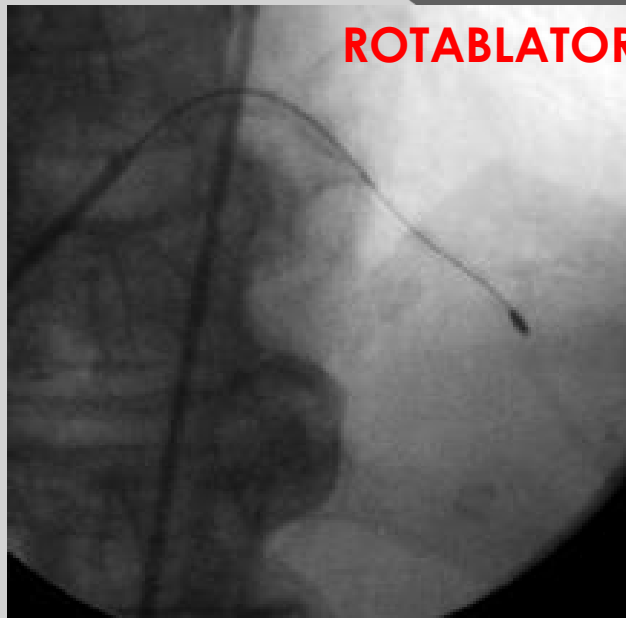
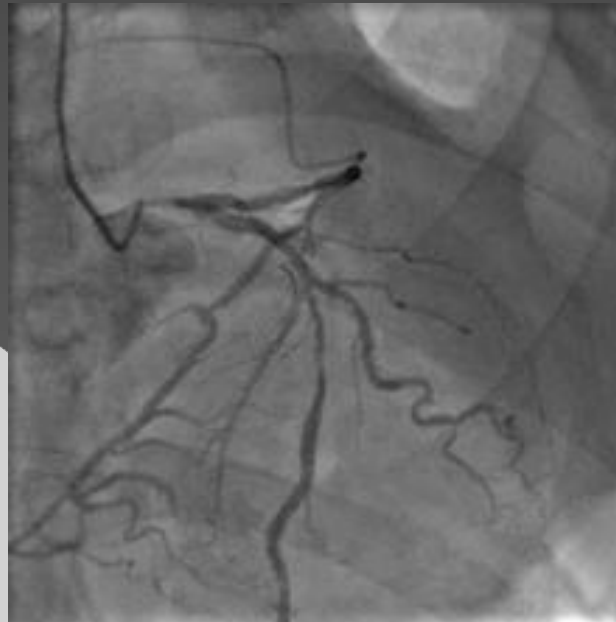
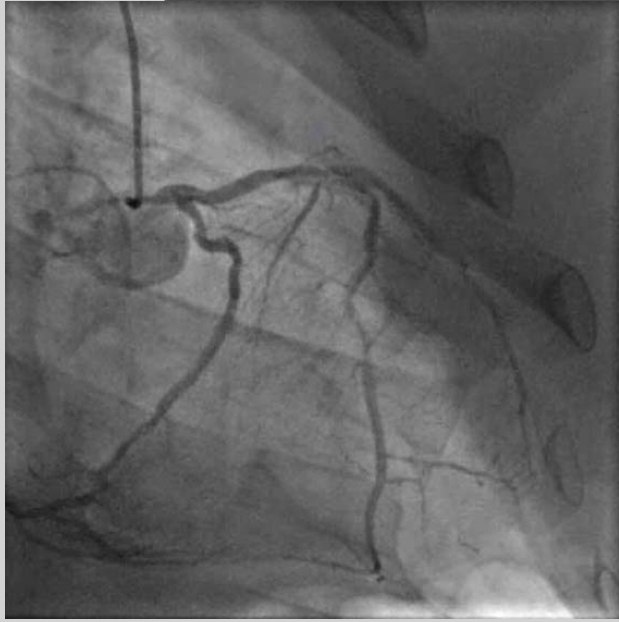
• Antiagregantes

- Ácido acetilsalicílico (AAS)
- Clopidogrel
- Inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa (GP IIb/IIIa)

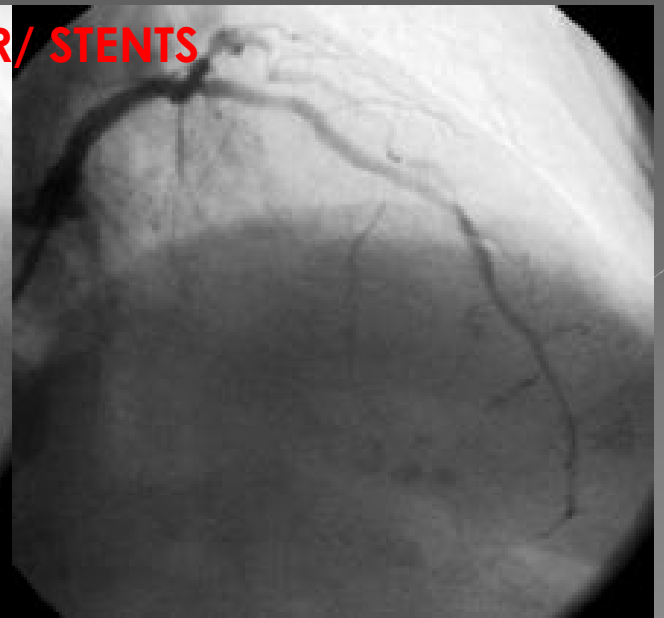
FONDAPARINUX: 2.5 mg/ día subcutáneo

ENOXAPARINA: 1 mg/kg dos veces al día subcutáneo

SCASEST: enfermedad multivaso



ROTABLATOR/ STENTS

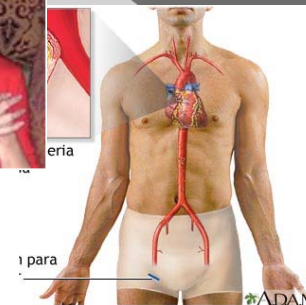
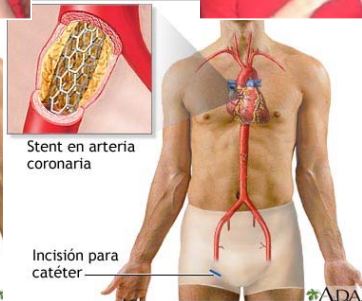
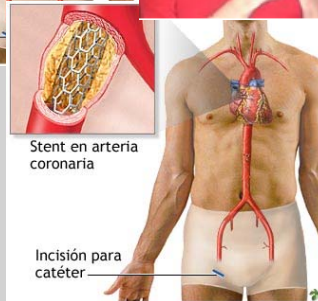
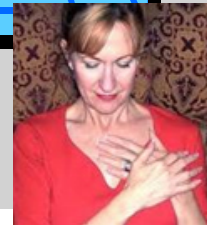
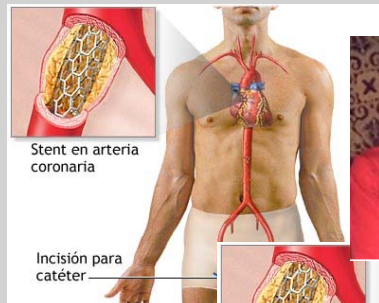


¿Y despues de la revascularizacion, que?

ANGINA ESTABLE

SCACEST

SCASEST



Domicilio.
Urgencias
UCI
Hospitalizacion

Sala de Hemodinamica
Revascularizacion

UCI
Hospitalizacion

Alta Hospitalaria

C.S- EAPS

¿Y despues de la revascularizacion, que?



Paciente coronario:

- ¿qué síndrome?
- ¿Severidad enfermedad coronaria?
- ¿Revascularización completa?
- ¿Grado de afectación FEVI?
- Factores de riesgo a controlar.



Paciente portador de stent:

- ¿tipo de stent?
- ¿Localización stent TCI?
- ¿Numero y diametro?
- Riesgo trombotico-Riesgo hemorragico

SCA
CEST
ENFERMEDAD
MULTIVASO
REVASCULARIZACION
INCOMPLETA
DISFUNCION VI
COMORBILIDAD

SCA
SEST
MULTIVASO
REVASC. INCOMPLETA
FEVI NORMAL

SCA
CEST
MONOVASO
ICP PRIMARIA
REVASC. COMPLETA
FEVI LIG. DEPRIMIDA

ANGINA ESTABLE
DOS VASOS
REVASC. COMPLETA
FARMA COACTIVOS
FEVI NORMAL

El paciente con stent se lleva al alta....

Wijns W et al. Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica

TABLA 39. Tratamiento médico a largo plazo tras la revascularización miocárdica

	Clase ^a	Nivel ^b	Ref. ^c
Debe instaurarse tratamiento indefinido con IECA en todos los pacientes con una FEVI $\leq$ 40% y en todos los pacientes con hipertensión, diabetes o ERC siempre que no haya contraindicaciones	I	A	12
Debe considerarse el tratamiento con IECA en todos los pacientes siempre que no haya contraindicaciones	IIa	A	94
Los bloqueadores del receptor de la angiotensina están indicados en pacientes con intolerancia a IECA y tienen insuficiencia cardíaca o IM con una FEVI $\leq$ 40%	I	A	12
Se considerará el uso de bloqueadores del receptor de la angiotensina en todos los pacientes con intolerancia a IECA	IIa	A	94
Está indicado instaurar y continuar el tratamiento con bloqueadores beta en todos los pacientes tras el IM o SCA o disfunción del VI siempre que no haya contraindicaciones	I	A	12
Están indicados los fármacos hipolipemiantes a altas dosis en todos los pacientes independientemente de las concentraciones de lípidos siempre que no haya contraindicaciones	I	A	94,110,267
Debe considerarse la administración de fibratos y ácidos grasos omega 3 (1 g/día) en combinación con estatinas y en pacientes con intolerancia a las estatinas	IIa	B	12,261
Puede considerarse la administración de niacina para aumentar el cHDL	IIIb	B	268

cHDL: colesterol de las lipoproteínas de alta densidad; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; IM: infarto de miocardio; SCA: síndrome coronario agudo; VI: ventrículo izquierdo.

^aClase de recomendación.

^bNivel de evidencia.

^cReferencias.

TMO
Control FRCV
Habitos cardiosaludables

**Doble
Tratamiento antiagregante**

AAS Y CLOPIDOGREL