

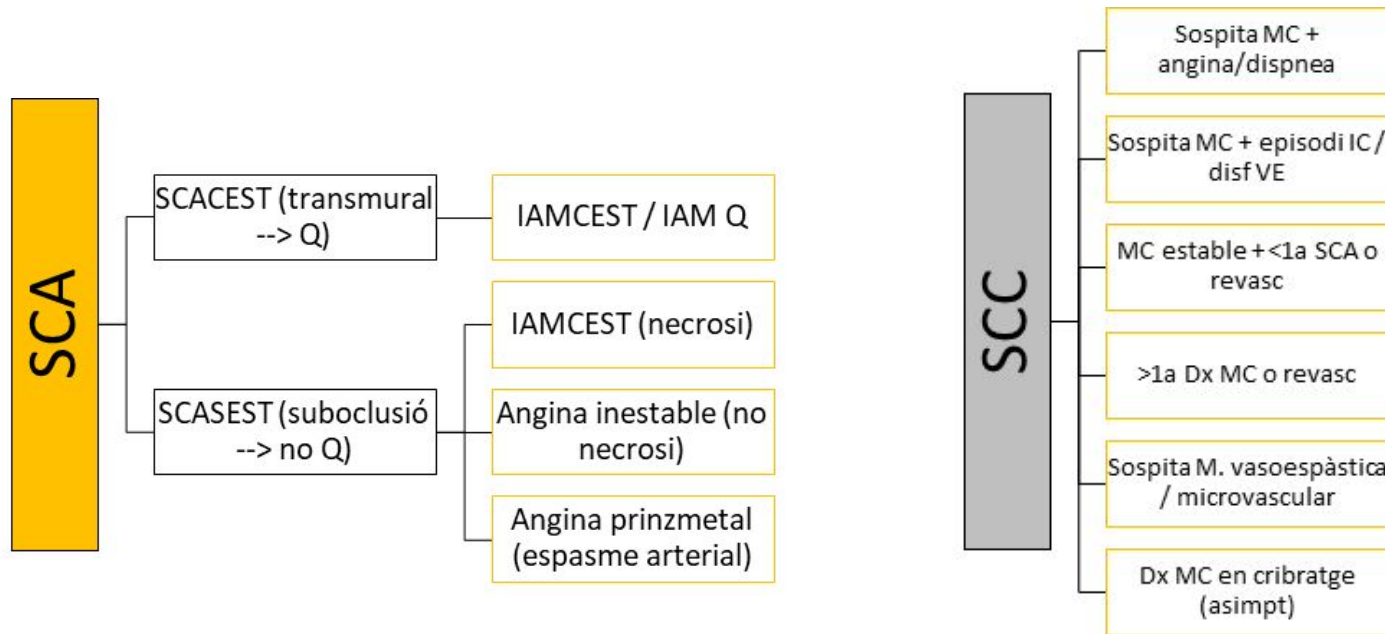
# Síndrome coronari crònic (SCC)

**CAP RUBÍ**

Alicia Vidal (R1)  
Berta Ramis (R3)  
Nura Estany (R4)  
Agata Camps (tutora)

# Classificació Clsq

---



# Classificació Clsq

— — —

Classificació tradicional	
Angina típica (3/3)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dolor opressió pit/coll/mandíbula/espatlla/braç</li><li>2. Provocat per esforç</li><li>3. Alleuja als 5min amb repòs/nitrats</li></ol>
Angina atípica	2/3
Dolor NO anginòs	0-1/3

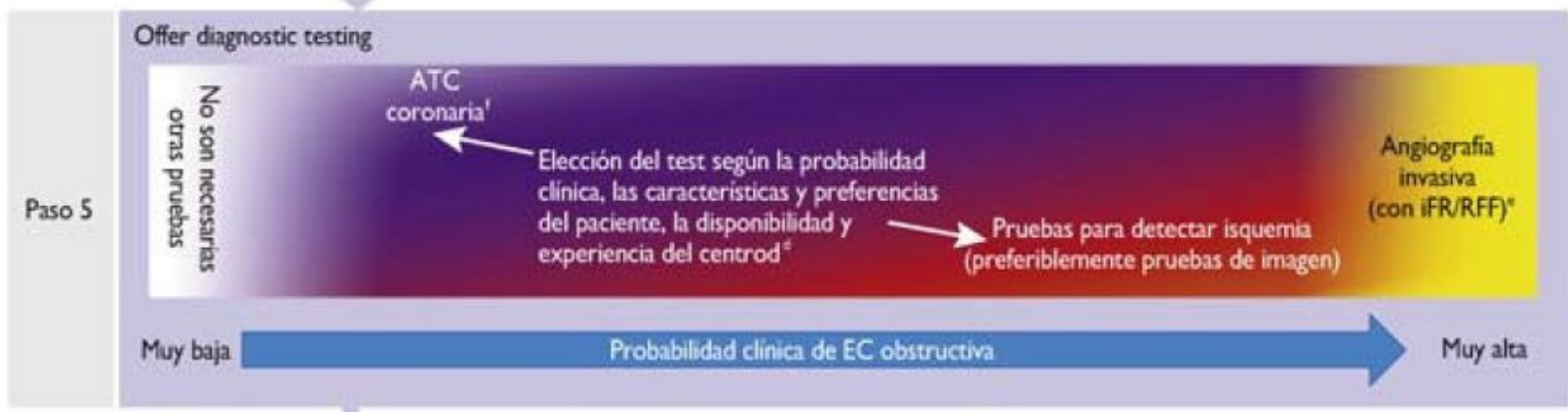
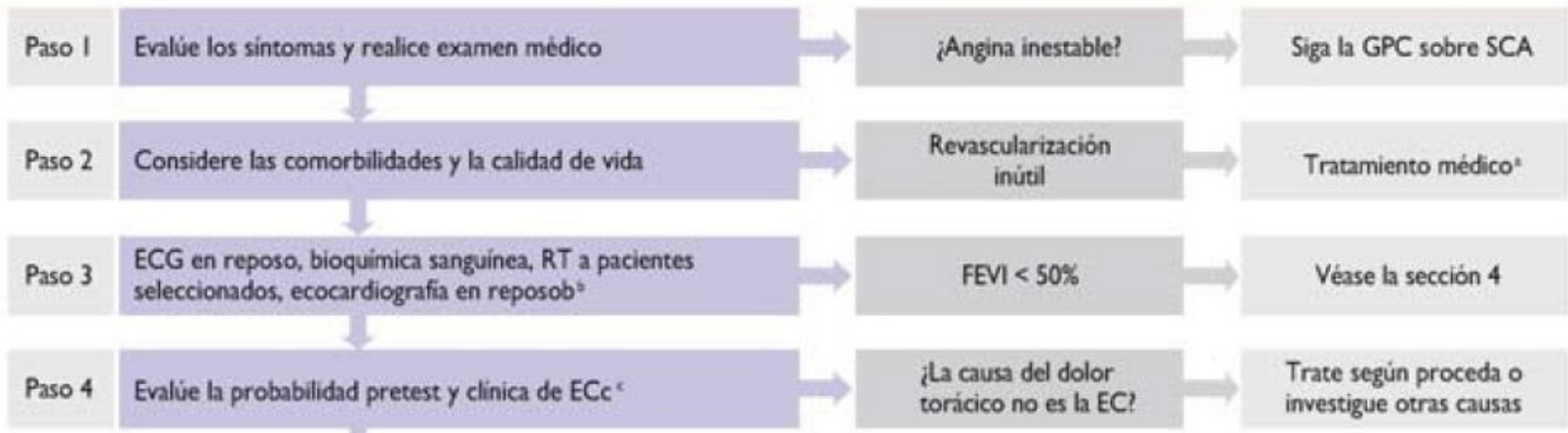
Classificació gravetat angina esforç		
I	Esforç extenuant	Caminar, pujar escales
II	Esforç moderat	Sobreesforç, post-prandial, amb el fred/vent/estrEs emocional, al despertar
III	Esforç lleu	100-200m, 1 pis d'escales
IV	Repòs	

# Classificació Clsq - ANGINA INESTABLE

---

- Angina de repòs >20min
- Angina de nova aparició (<2m) classe II-III
- Angina in crescendo o reducció del llindar

\*Si angina de novo amb esforç intens i desapareix en repòs és SCC i no inestable (SCA)



# EECC en el SCC

AS	Hg, TSH, FR, urat i components sd metabòlica. Glicada.
ECG	avaluar ones Q, BBE no conegut, BAV no conegut.
+/- RxT	Descartar altra patologia PNE/CAR/TRA
EcoCar	Avaluació FEVE i segmentarismes Descartar/avaluar valvulopaties, IC i miocardiopaties
+/-RMnCar	Quan Ecocar no concloent

## ULL!

- Freqüent FAs en dolor toràctic atípic

## ULL!

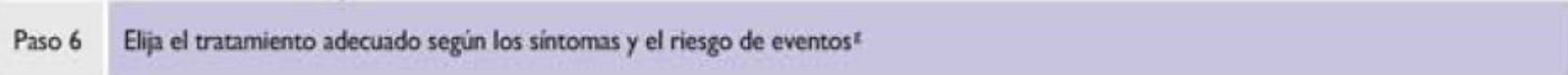
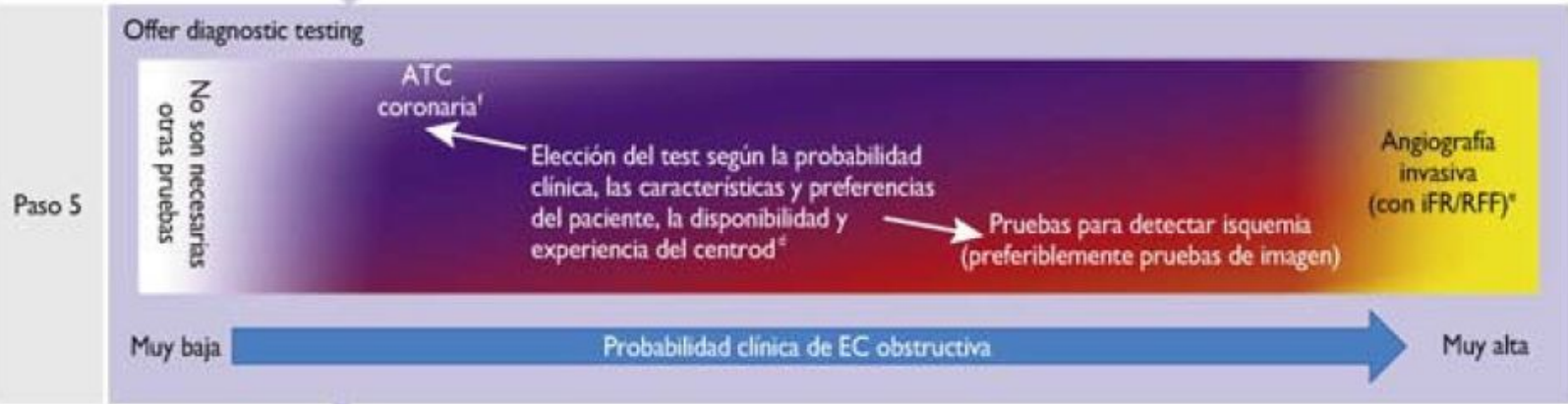
La disfunció diastòlica

- L'ECG no és indicador de substitueix la prova.
- Estadis primerencs de lesió miocàrdica

isquèmica

- Els canvis a ECG són més freqüents en dones microvasculars però no correlacionen amb la prova d'esforç

- No clars beneficis en supervivència el tractar sense prova d'esforç canvis ECG d'isquèmia silenciosa!



# Probabilitat Pre-Test (PTT)



---

- Quina prevalença de MC tinc?
- Puc creure'm els resultats de les EECC?

**EL VPN i EL VPP CANVIEN AMB LA PREVALENÇA!**



>15% → alta prob, fer EECC

PPT

5-15% → intermig, considerar segons probabilitat clínica i modificadors de risc\*

— — — <5% → Baixa prob, no EECC

Tabla 5

Probabilidad pretest de enfermedad coronaria obstructiva en 15.815 pacientes sintomáticos según edad, sexo y naturaleza de los síntomas en un análisis conjunto<sup>64</sup> de datos contemporáneos<sup>62,70,80</sup>

Edad (años)	Típica		Atípica		No anginosa	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%
> 70	52%	27%	34%	19%	24%	10%

Disnea*	
Varones	Mujeres
0%	3%
12%	3%
20%	9%
27%	14%
32%	12%

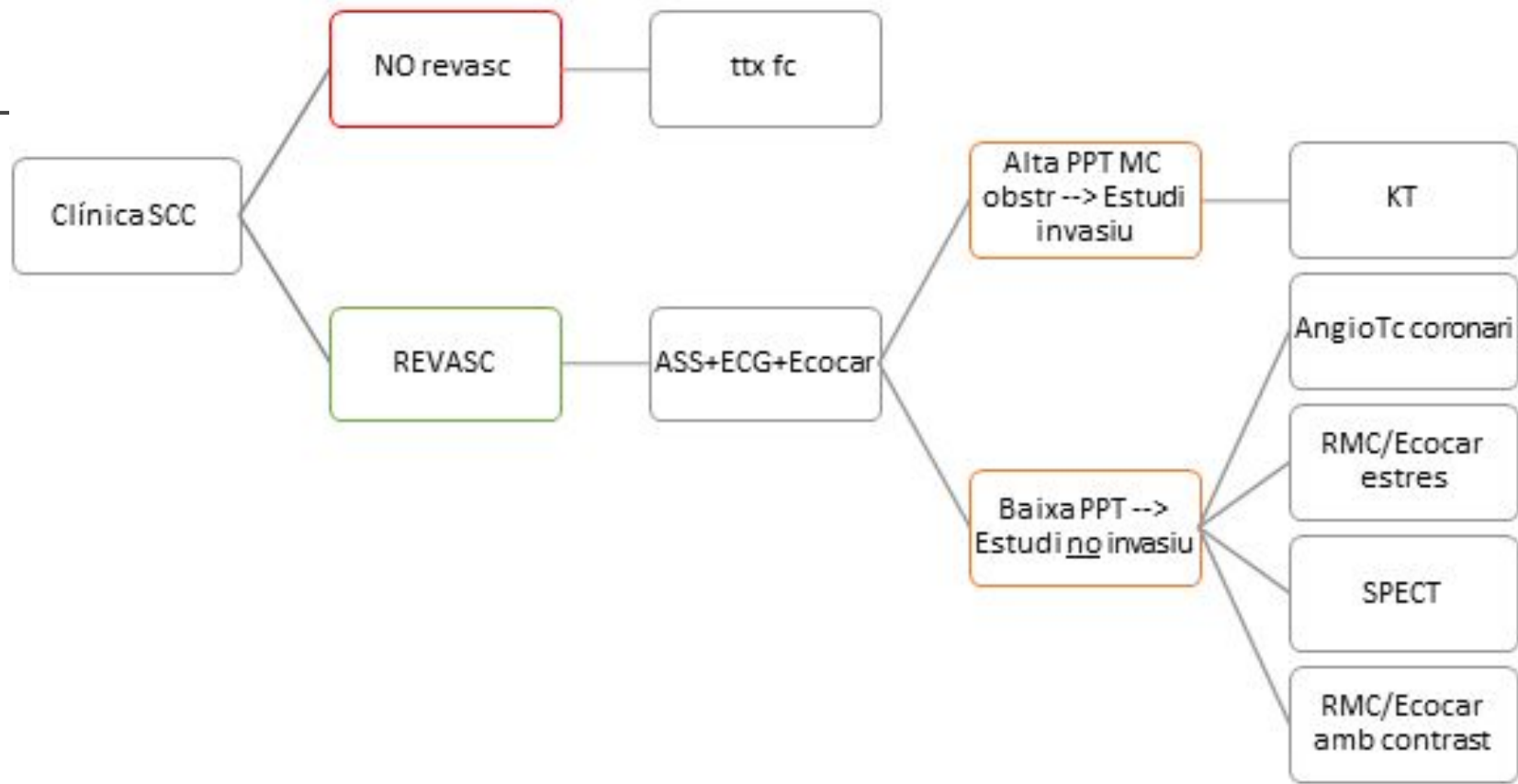
EC: enfermedad coronaria; PPT: probabilidad pretest.

\*Además de las clases descritas por Diamond y Forrester<sup>59</sup>, se incluye también a los pacientes con disnea sola o disnea como síntoma primario. Los campos de color verde oscuro representan a los grupos para los que las pruebas no invasivas son más beneficiosas (PPT > 15%). Los campos de color verde claro representan a los grupos con una PPT de 515%, para quienes se puede considerar la realización de pruebas diagnósticas después de evaluar la probabilidad clínica con base en los modificadores de la PPT que se presentan en la figura 3.

PPT según el sexo y la naturaleza de los síntomas (tabla 5)

Calcio-score	Carga de placa	Probabilidad de enfermedad arterial coronaria	Riesgo cardiovascular
0	No placas	Muy baja	Muy bajo
1-10	Mínima	Baja	Bajo
11-100	Ligera	Estenosis leve	Moderado
101-400	Moderada	Alta	Moderadamente alto
> 400	Extensa. Alta probabilidad de estenosis significativa	Alto	

EC: enfermedad coronaria; ECG: electrocardiograma; ECV: enfermedad cardiovascular; PPT: probabilidad pretest; VI: ventrículo izquierdo; TC: tomografía computarizada. <sup>a</sup>Si está disponible.



- Preferentemente si:
- ▶ Probabilidad clínica baja
  - ▶ características del paciente indican una calidad alta de imagen
  - ▶ Experiencia del centro y disponibilidad
  - ▶ Se requiere información sobre la aterosclerosis
  - ▶ Sin historia de EC

**Pruebas no invasivas para la detección de isquemia**

- Preferentemente si:
- ▶ Probabilidad clínica alta
  - ▶ Revascularización probable
  - ▶ Experiencia del centro y disponibilidad
  - ▶ Se requiere también la evaluación de la viabilidad

**ATC coronaria**

Tratamiento farmacológico<sup>b</sup>

Presencia de síntomas<sup>a</sup>

**Angiografía coronaria invasiva**

- Preferentemente si:
- ▶ Probabilidad clínica alta y síntomas graves y refractarios a tratamiento farmacológico
  - ▶ Angina típica a niveles bajos de esfuerzo y la evaluación clínica, incluido ECG de esfuerzo, indica un riesgo alto de eventos
  - ▶ Disfunción del VI indicativa de EC

Tratamiento farmacológico<sup>a</sup>

Evaluación funcional

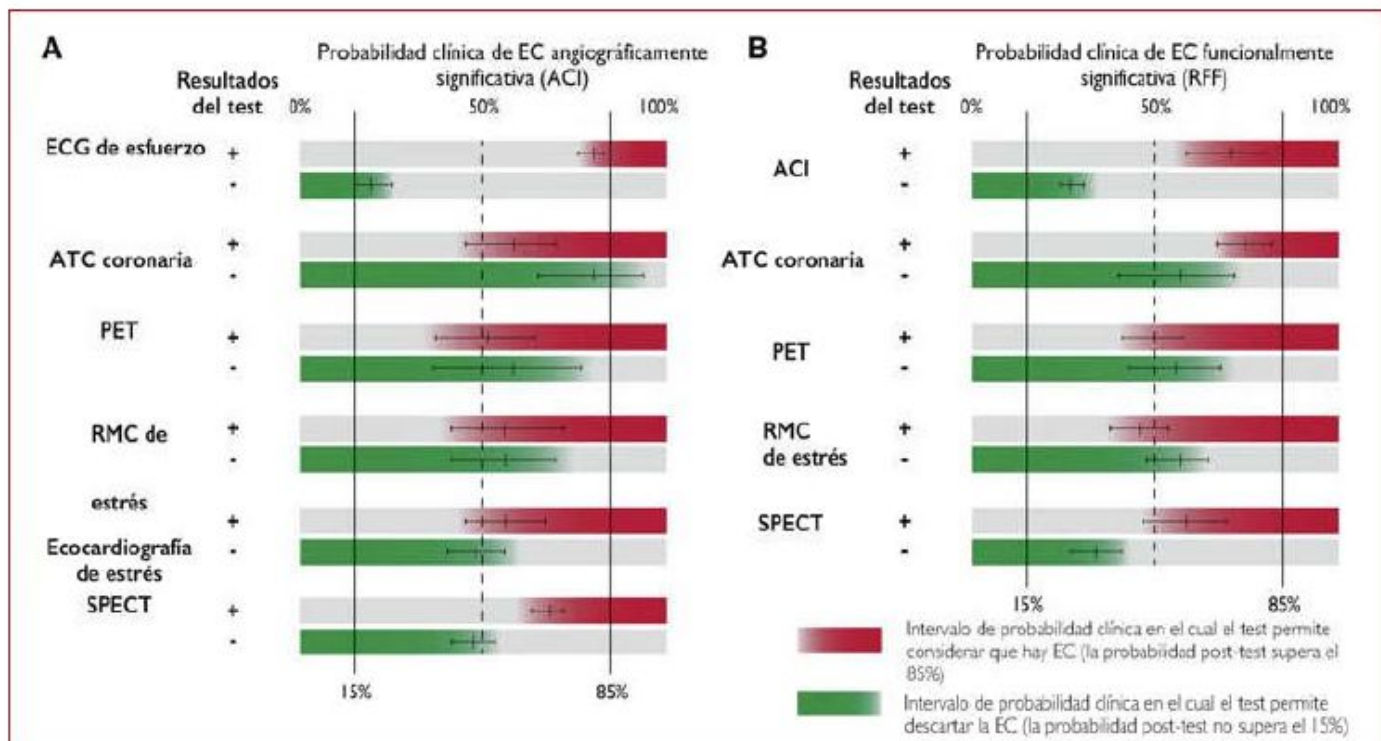
Estenosis > 90% o con correlación establecida con la isquemia

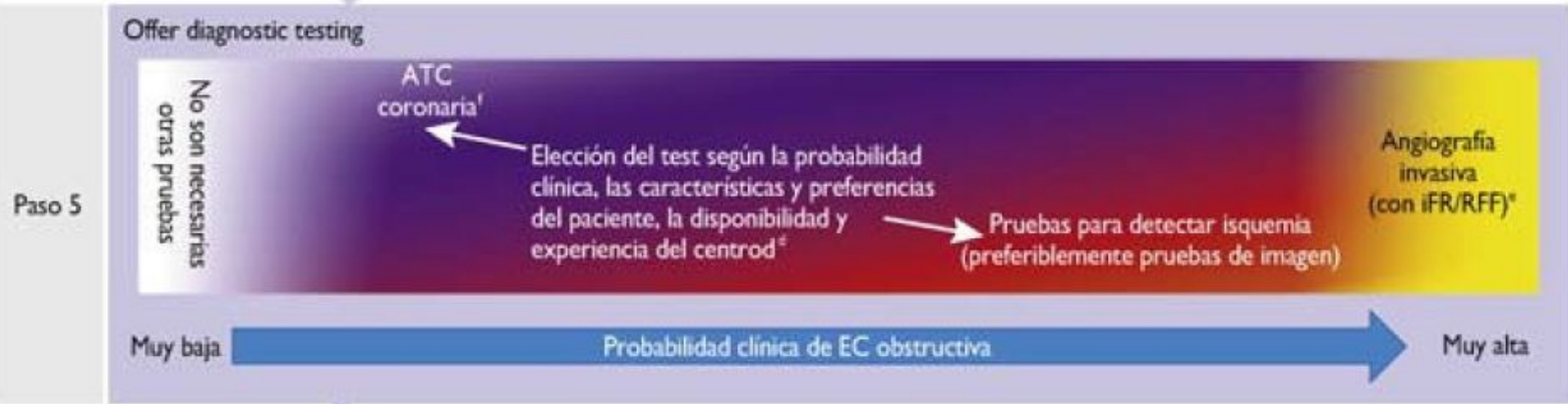
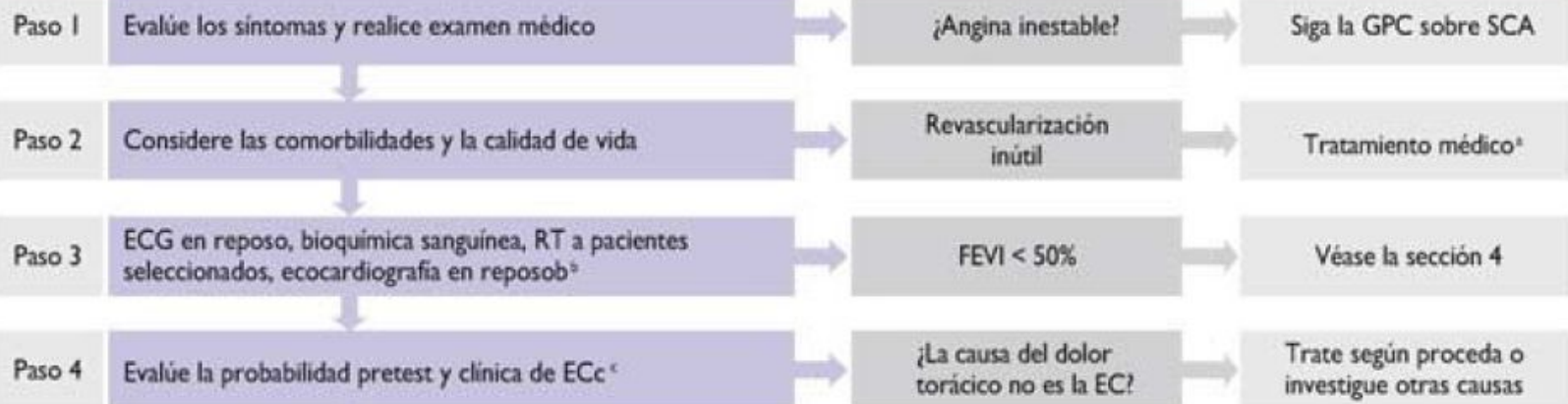
**Revascularización**

— —

# Però, quina prova d'imatge?

---





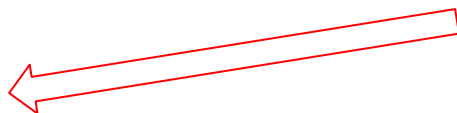
Paso 6 Elija el tratamiento adecuado según los síntomas y el riesgo de eventos<sup>h</sup>

# Risc d'esdeveniments

=  $\frac{\text{Taxa de mortalitat anual}}{\text{Taxa de mortalitat anual}}$

Si **<1%** -> **Baix risc**

Si **>3%** -> **Alt risc**



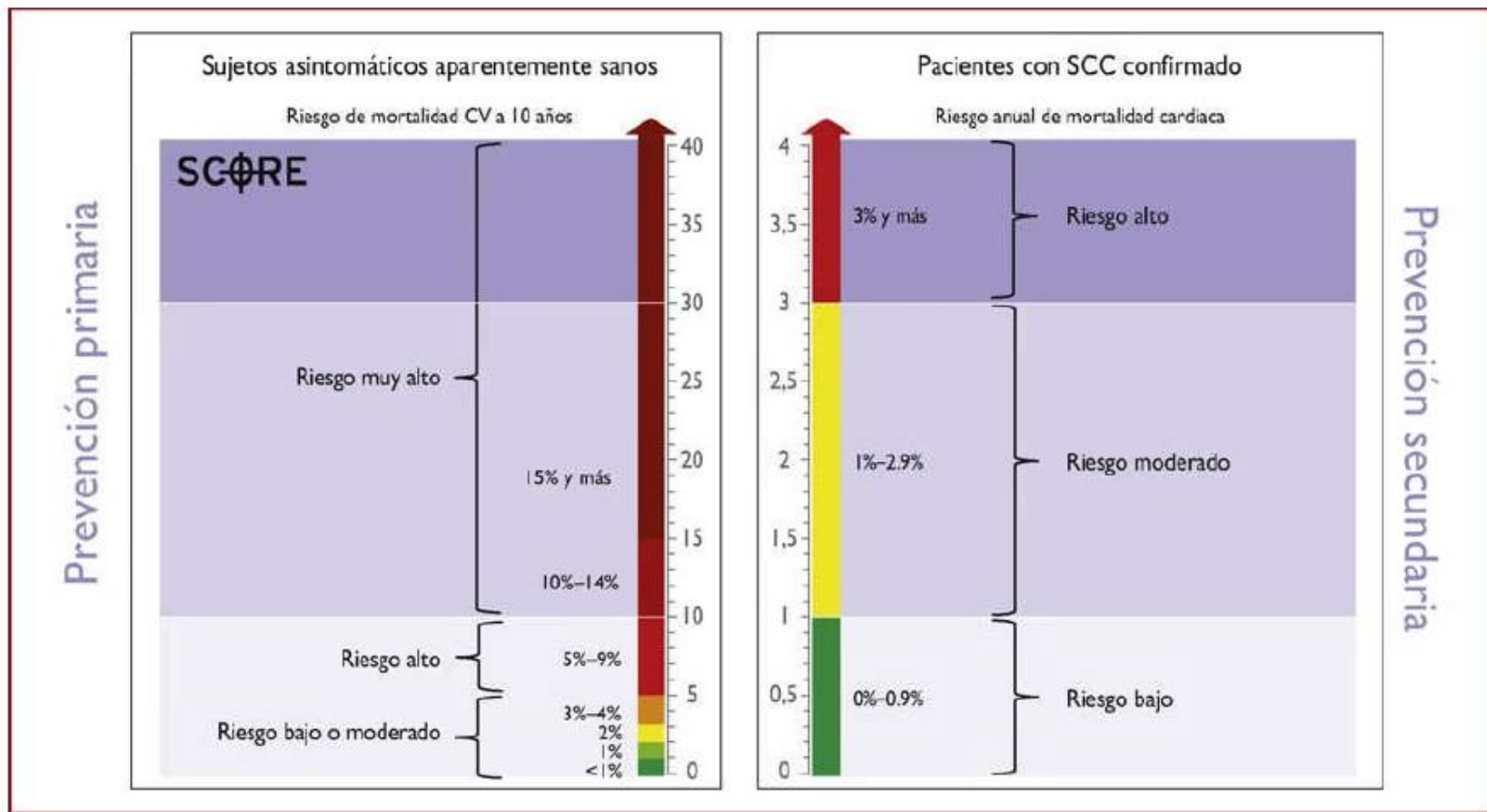
**Tabla 6**

Definición de riesgo alto de eventos para distintos tipos de pruebas en pacientes con síndrome coronario crónico establecido<sup>\*0,102-104</sup>

ECG de esfuerzo	Mortalidad cardiovascular > 3% al año según la escala <i>Duke Treadmill Score</i>
Imagen de perfusión por SPECT o PET	Área de isquemia $\geq 10\%$ del miocardio del ventrículo izquierdo
Ecocardiografía de estrés	$\geq 3$ de 16 segmentos con hipocinesia o acinesia inducida por estrés
RMC	$\geq 2$ de 16 segmentos con defectos de perfusión por estrés o $\geq 3$ segmentos con disfunción inducida por dobutamina
ATC o ACI	Enfermedad de 3 vasos con estenosis proximal, enfermedad en TCI o enfermedad proximal en la descendente anterior
Pruebas funcionales invasivas	RFF $\leq 0,8$ , iFR $\leq 0,89$

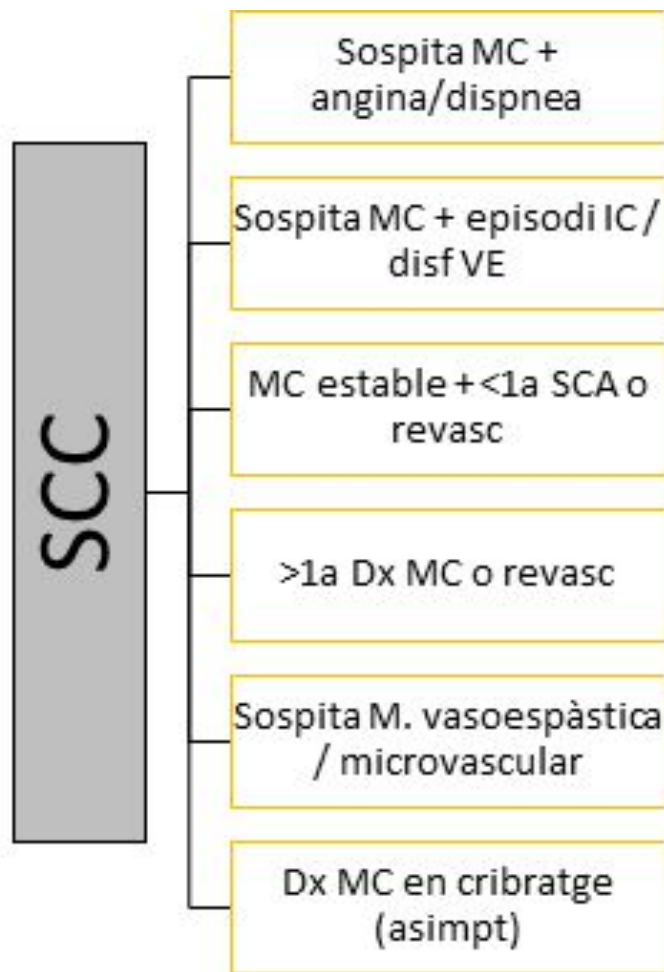
ACI: angiografía coronaria invasiva; ATC: angiografía por tomografía computarizada; ECG: electrocardiograma; iFR: índice diastólico instantáneo sin ondas; PET: tomografía por emisión de positrones; RFF: reserva fraccional de flujo; RMC: resonancia magnética coronaria; SPECT: tomografía por emisión de fotón único; TCI: tronco común izquierdo.

\*Para más información consulte el material suplementario.



**Figura 6.** Comparación de la evaluación de riesgo de sujetos asintomáticos aparentemente sanos (prevención primaria) y pacientes con SCC confirmado (prevención secundaria). Nótese que en sujetos asintomáticos (panel izquierdo) el método SCORE estima la mortalidad cardiovascular a 10 años, mientras que en pacientes sintomáticos (panel derecho) se estima la mortalidad cardiaca anual. SCC: síndrome coronario crónico; SCORE: *Systematic Coronary Risk Evaluation*.





# 1. Sospita de MC + angina / dispnea

**Tabla 5**

Probabilidad pretest de enfermedad coronaria obstructiva en 15.815 pacientes sintomáticos según edad, sexo y naturaleza de los síntomas en un análisis conjunto<sup>64</sup> de datos contemporáneos<sup>62,70,80</sup>

Edad (años)	Típica		Atípica		No anginosa	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%
> 70	52%	27%	34%	19%	24%	10%

Disnea*	
Varones	Mujeres
0%	3%
12%	3%
20%	9%
27%	14%
32%	12%

EC: enfermedad coronaria; PPT: probabilidad pretest.

\*Además de las clases descritas por Diamond y Forrester<sup>59</sup>, se incluye también a los pacientes con disnea sola o disnea como síntoma primario. Los campos de color verde oscuro representan a los grupos para los que las pruebas no invasivas son más beneficiosas (PPT > 15%). Los campos de color verde claro representan a los grupos con una PPT de 51%, para quienes se puede considerar la realización de pruebas diagnósticas después de evaluar la probabilidad clínica con base en los modificadores de la PPT que se presentan en la [figura 3](#).

# Nou episodi d' IC o amb FEVE reduïda

— — —

- Intolerància exercici
- Dispnea d'esforç
- AP previ
- Cormorbiditats CV y no CV
- Adherència i tolerància al tto



# Tto

---

- 1- IECA + BB/ DIURETIC
- 2- ARM

**Diürètics**

**Inhibidors  
SRA**

- IECA
- ARA II

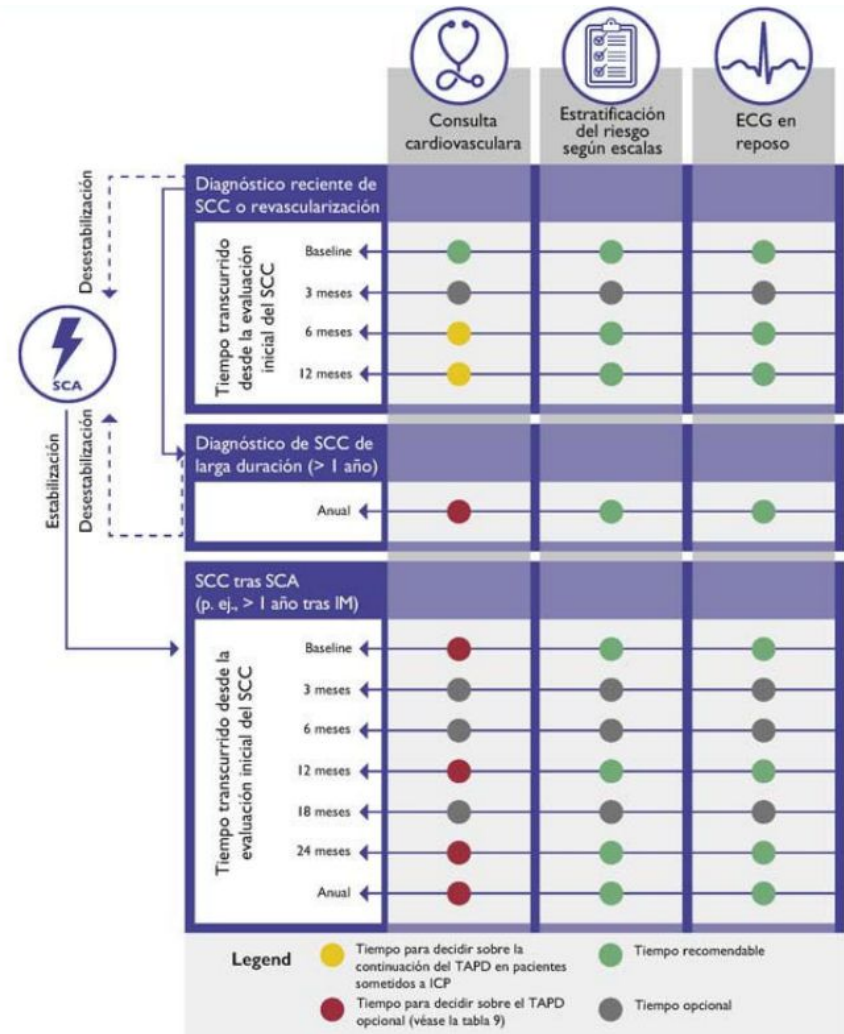
**ARM**

- DAI
- TRC

# Episodi de llarga durada de SCC

ASIMPTOM/ ESTABILIZ >1a

- consulta periòdica amb especialista en ECV, control FRCV, tto
- Biomarcadors, ECG
- ATC davant FEVE reduïda
- risc alt per millorar el pronòstic realitzar coronariografia invasiva



# Episodi de llarga durada de SCC

---

SIMPTOMÀTICS/ SCA < 1a / REVASCULARITZACIÓ RECENT

- Major complic/ canvis tto
- Estratificació del risc símptomes nous o empitjorats mitjançant imatge d'estres o ECG d'esforç
- ACI per l'estratificació de risc amb MC greu, símptomes refractaris a tto o risc alt



# Angina sense malaltia obstructiva

---

## Discrepància

- Troballes relatius a la anatomia coronària
- Presència d'sintomas
- Resultats de proves no invasives

- Estenosi o estrenyiment coronari difús,
- Trastorns territori microcirculatori
- Estenosi dinàmiques per espasme coronari



# Angina microvascular

---

Relacionada amb l'exercici

Evidència d'isquèmia en proves no invasives

Absència d'estenosi o lleus o moderades (40-60%) identificades en l'ACI o l'ATC i funcionalment no rellevants

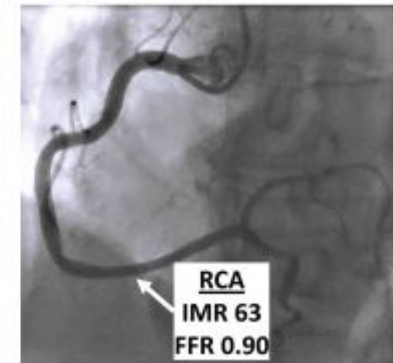
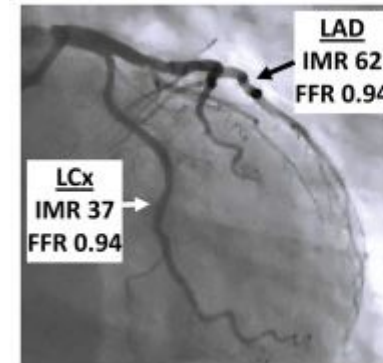


# Angina microvascular

---

## Estratificació de risc

- A. Conductància microcirculatoria disminuïda-  $IRM >25$  o  $RCF <2$
- Tto: BB, IECA, ARA II, estil de vida
- B. Desregulació arteriolar (acetilcolina)
- Tto: BCC, nitrats



# Angina Vasospastica

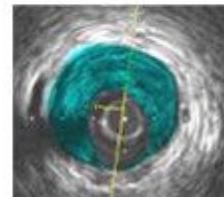
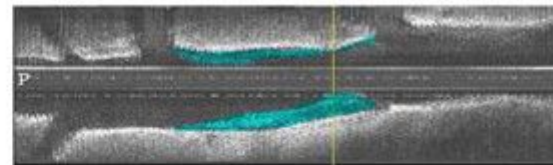
Síntomes anginosos predominantment en repòs que mantenen la tolerància a l'esforç, jove, circad, portadors de stent

## Diag

- Detecció canvis isquèmics transitoris en el segment ST durant un atac d'angina.
- Prinzmetal
- ECG: Suboclusio prox + estrech distal
- Holter +: ATC o ACI
- Prova provocació: angina, canvis ECG y vasocontricció.

## Tto

- BCC
- Nitrats acció prolongada
- Canvis estil vida
- Nifedipino (Implant stents)

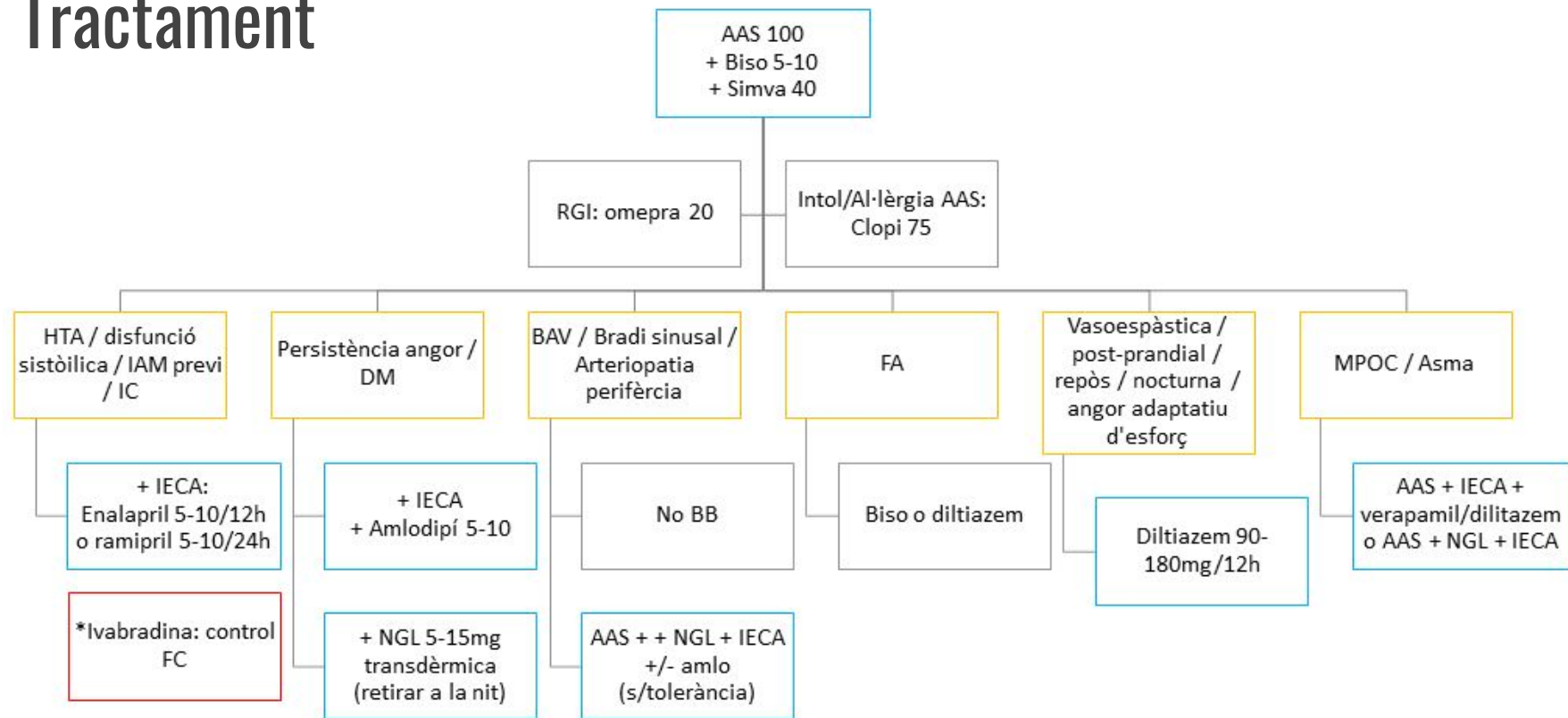


# Cribatge de la malaltia coronària

Se recomienda estimar el riesgo total mediante un sistema validado, como el SCORE, para adultos asintomáticos mayores de 40 años, sin evidencia de ECV, diabetes, ERC o hipercolesterolemia familiar	I	C
Se recomienda evaluar la historia familiar de ECV prematura (definida como un evento CV mortal o no mortal o diagnóstico confirmado de ECV en familiares de primer grado menores de 55 años los varones y menores de 65 años las mujeres) como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular	I	C

Se recomienda el cribado de la ECV mediante una escala clínica validada de riesgo para todos los menores de 50 años con historia familiar de ECV prematura en un familiar de primer grado (edad < 55 años los varones y < 65 años las mujeres) o hipercolesterolemia familiar <sup>455,456</sup>	I	B
Se puede considerar la determinación de calcio coronario mediante tomografía computarizada como modificador del riesgo <sup>c</sup> en la evaluación del riesgo cardiovascular de sujetos asintomáticos <sup>449,457</sup>	IIb	B
Se puede considerar la detección de placa aterosclerótica mediante ultrasonidos carotídeos como modificador del riesgo <sup>c</sup> en la evaluación del riesgo cardiovascular de sujetos asintomáticos <sup>458</sup>	IIb	B
Se puede considerar el ITB como modificador del riesgo <sup>c</sup> en la evaluación del riesgo cardiovascular <sup>459</sup>	IIb	B

# Tractament



# Antianginosos



Nitrats d'acció curta  
(ntg sublingual) en casos  
aguts

## Farmacs 1a linia:

- Betabloquejants (BB)
- Calcioantagnoistes
  - No DHP: Verapamil, Diltiazem
  - DHP: Amlodipino (es poden associar a BB).
- BB + CA DHP

## Farmacs 2a linia:

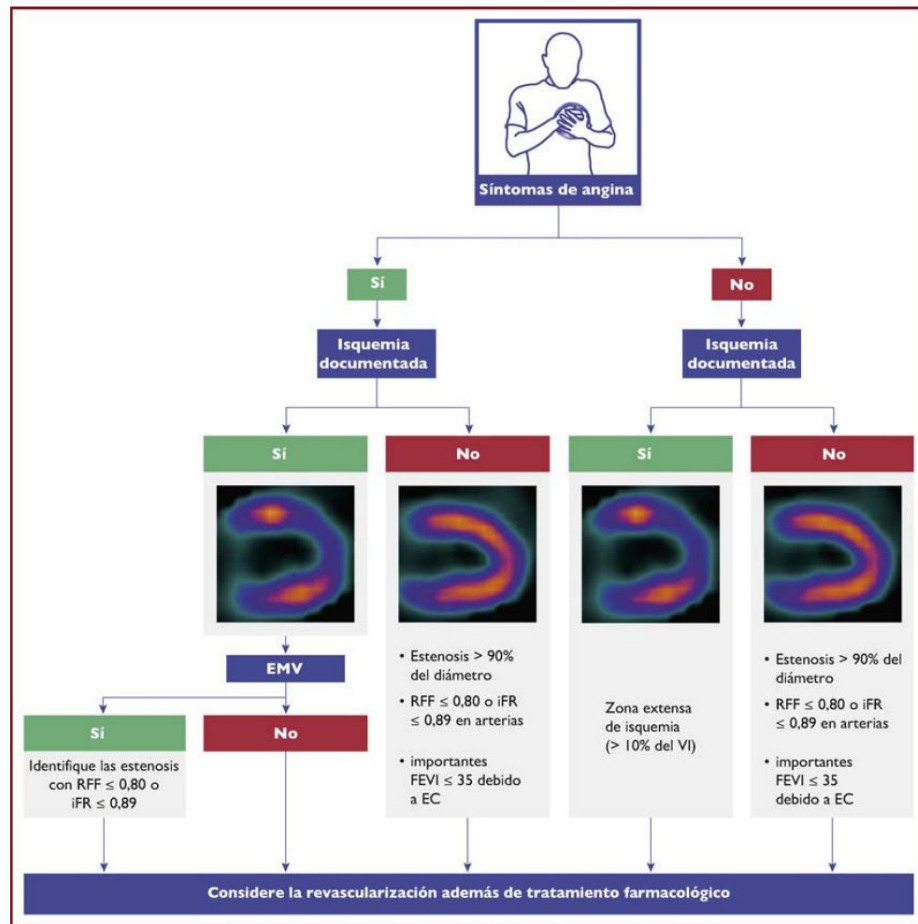
- Nitrats vida llarga: NTG transdèrmica o mononitrats.
- Ivabradina
- Ranolazina
- Trimetazidina
- Nicorandil

# Revascularització

Complement del TMO:

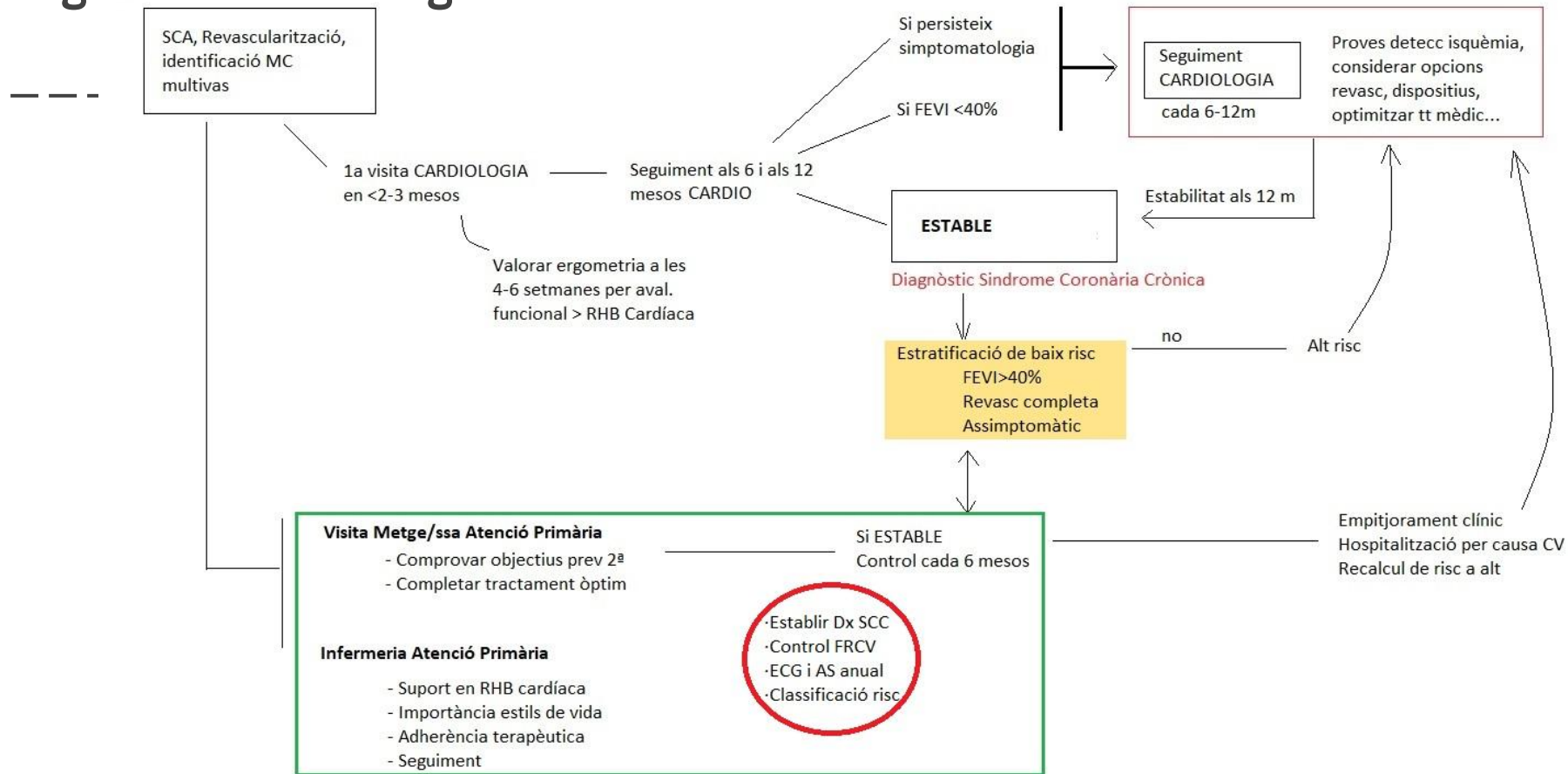
- Alleugerir símptomes
- Millorar pronòstic

Pacients amb SCC i estenosis localitzades de grans vasos que causin un gradient de pressió intracoronari significatiu.



**Figura 9.** Algoritmo para la toma de decisiones en pacientes sometidos a coronariografía invasiva. La decisión de revascularización mediante ICP o CABG se basa en la presentación clínica (presencia o ausencia de síntomas) y la documentación previa de la isquemia (presente o ausente). Si la isquemia no se ha documentado previamente, la indicación de revascularización depende de la evaluación invasiva del grado de estenosis o del pronóstico. Entre los pacientes sin síntomas y con isquemia, se incluyen los candidatos a implante percutáneo de válvula aórtica y cirugía valvular u otra. CABG: cirugía de revascularización coronaria; EC: enfermedad coronaria; EMV: enfermedad multivascular; ICP: intervención coronaria percutánea; iFR: índice diastólico instantáneo sin ondas; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; RFF: reserva fraccional de flujo; VI: ventrículo izquierdo.

# Seguiment i maneig



# Altres situacions

---

- Angina o dolor toràctic i isquèmia documentada + prova de detecció d'isquèmia de bon pronòstic, FEVI conservada, i estabilitat clínica a l'any de seguiment amb Cardiologia → **alta per seguiment amb MAP.**
- Revascularització incompleta però asimptomàtic + prova de detecció d'isquèmia negativa o de bon pronòstic, estable després de 12 mesos amb Cardiologia → **alta per seguiment amb MAP.**
- Angina vasoespàstica i microvascular → seguiment Cardiologia mentres segueixi clínica d'angor no controlada.
- Angina refractària → Equip multidisciplinari específic per elecció d'estratègia adequada.



# Eines: importància de l'Informe d'alta

---

## Diagnòstics del pacient:

- Nombre d'arteries coronaries afectades, revascularització, si s'ha decidit maneig conservador o no d'alguna lesió, etc. FEVI.
- Descriure comorbiditats que es considerin rellevants i FRCV mal controlats.
- Classe funcional del pacient a l'alta.

## Tractament:

- Objectius de prevenció secundària dels FRCV: HTA, FC (<70x'), LDL <70 i reducció 50%, HbA1c segons pacient.
- Tractament indicat segons les guies de pràctica clínica i temporalitat (importància antiagregants).
- Indicar si cal acabar titulació de fàrmacs de forma ambulatoria i dosi objectiu.
- Recomanacions generals: importància dieta mediterrània baixa en sal, activitat física regular (almenys 30minuts diaris o 3km al dia d'intensitat moderada), abstinència tabàquica, vacunació antigripal anual i antipneumocòccica en majors de 65anys o cardiopatia greu.
- Vida socio-laboral indicada: temporalitat d'incorporació laboral.

## Seguiment:

- Analítica i ECG almenys anuals. Indicar si cal realitzar control abans, quan i com.
- Calendari de visites properes.
- Normes de reconsulta.

# Intervenció des d'AP - paper UBA

## Visita Metge/ssa Atenció Primària

- Comprovar objectius prev 2ª
- Completar tractament òptim

Si ESTABLE  
Control cada 6 mesos

## Infermeria Atenció Primària

- Suport en RHB cardíaca
- Importància estils de vida
- Adherència terapèutica
- Seguiment

- Establir Dx CCR
- Control FRCV
- ECG i AS anual
- Classificació risc

## PAPPS 2018

PROGRAMA D'ACTIVATS  
PREVENTIVES I DE PROMOCIÓ  
DE LA SALUT

Persona adulta sana



Residents MFIC Rubi, febrer 2018.  
Rubi manda y no tu panda.

### RISC CA

#### HIPERTEN.

18-39a + P  
FRCV

≥40a i/o ≥1 f

#### DISLIPÈMIA

≥18a analítica (C)

#### IABETIS MELLITA

o recomanat el cri...ge. Demanar  
ucèmia i/o glicada aprofitant alguna  
ra analítica si antecedents familiars o  
associats.

#### IL·LACIÓ AURICULAR

a de pols a la consulta en >65a i ECG  
ls irregular.

#### TÒXICS

- **Tabac:** interrogar a la primera visita i c/2a
- **Alcohol:** interrogar en >14a i c/2a

\*Càlcul de taules de risc: ≥40a no MCV amb  
REGICOR (fins 75a) o SCORE (fins 65a)

## PREVENCIÓ DE CÀNCER

### NEO DE MAMA

♀ 50-74a

AF o AP de Ca  
mama / BRCA

Mamografia  
c/2-3a

Derivació GIN

### NEO DE CÈRVIX

♀ sense  
contacte sexual

♀ sexualment  
activa

♀ 25-30/35a  
assimptomàtica

♀ 30/35-65a  
assimptomàtica

Vacunació VPH

Recomanacions  
protecció +/-  
vacuna

Citologia c/3a

Prova VPH c/5a o  
Citologia c/3a

### NEO D'ENDOMETRI

No existeix cribratge específic.

♀ Post-menopàusica, consultar davant  
qualsevol hemorràgia vaginal

### NEO D'OVARI

No existeix cribratge específic.

AF o AP de Ca lligat  
a BRCA

Derivació GIN

### NEO DE TIROIDES

No es recomana cribratge específic.

### NEO COLORECTAL

50-74a

Alt risc CCR  
(AF)

Pòlips i  
adenomes CCR

SOH c/2a i  
endoscòpia c/10a

Derivació DIG

Segons lesió  
específica

\*No es recomana colonoscòpia com a  
prova de cribratge si no sigmoidoscòpia

### NEO DE PRÒSTATA

No es recomana cribratge específic.

Valorar individualment risc/benefici si el  
pacient demana PSA:

• Forta recomanació en contra en <55a i

>69a

• Dèbil recomanació en contra en 55-69a

Risc	Definició	Definició
Risc alt	1. CT > 310 mg/dL i/o PA > 180/110 mmHg 2. Resta de diabètics (excepte DMI sense FRCV) 3. MRC moderada (FG 30-59) 4. SCORE > 5% y < 10%	cLDL < 70 mg/dL (o ↓ > 50% si les xifres d'inici eren entre 70-135)
Risc moderat	SCORE > 1% i < 5%	PA < 140/90 mmHg cLDL < 100 mg/dL (o ↓ > 50% si les xifres d'inici eren entre 100-200)
Risc baix	SCORE < 1%	PA < 140/90 mmHg cLDL < 115 mg/dL

#### \*Modificadors del risc


- Aproximació a següent categoria d'edat
- Evidències pre-clíniques d'ateroesclerosi (eco, TC...)
- AF MCV prematura (♀ < 65, ♂ < 55)
- HVE (ECG o ECO)
- HDL ♀ < 46 / ♂ < 40
- GB alterada

- Obesitat abdominal
- PCR elevada
- Calcificació intracoronària
- Malaltia autoimmunitària
- Nivell socio-econòmic baix
- SAHS
- Disfunció erèctil

# Intervenció

---

- **Adherència tractament farmacològic**
- **Assessorament conductual** > intervenció sobre els estils de vida
- **Control dels FRCV:** tractament òptim, objectius per prevenció secundària...



**Reduir  
simptomatologia i  
millorar pronòstic**

# Intervenció sobre est

**Tabla 8**

Características de una dieta saludable<sup>134,137,141,142</sup>

Aumento de la ingesta de fruta y vegetales ( $\geq 200$ g de cada al día)
35-45 g de fibra al día, preferiblemente de cereales integrales
Consumo moderado de frutos secos (30 g al día, sin sal)
1-2 raciones de pescado a la semana (una de ellas debe ser pescado graso)
Consumo moderado de carne magra, productos lácteos bajos en grasa y aceites vegetales líquidos
Consumo de ácidos grasos saturados $< 10\%$ de la ingesta calórica total; sustituir por ácidos grasos poliinsaturados
Minimizar el consumo de ácidos grasos insturados trans ( $< 1\%$ de la ingesta calórica total), preferiblemente evitar los que proceden de alimentos procesados
$\leq 5-6$ g de sal al día
En caso de consumir alcohol, se recomienda limitar la ingesta a $\leq 100$ g/semana o $< 15$ g/día
Evitar el consumo de alimentos con alto contenido calórico, como los refrescos azucarados

**Tabla 7**

Recomendaciones sobre el estilo de vida para pacientes c

Factor	
Tabaquismo	Use estrategias farmacológicas y con
Dieta saludable	Dieta con alto contenido en vegetale Limitar el consumo de alcohol a mer
Actividad física	30-60 min de actividad física modera
Control del peso	Obtener y mantener un peso saludabl
Otros	Adherencia al tratamiento médico p asintomáticos



Vacunació antigripal anual recomanda.

a total.
d física
tables

©ESC 2019

©ESC 2019

# Activitat sexual

---

- Activitat física moderada → **Pujar 2 pisos d'escales**
- L'AF regular disminueix el risc d'esdeveniment adversos durant l'activitat sexual

## Disfunció erèctil

- Multifactorial (vascular, farmacològica, psicosocial)
- Inh. Fosfodiesterasa-5

# Control FRCV en SCC

## Recomendaciones sobre el tratamiento de la hipertensión en los síndromes coronarios crónicos

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>
Se recomienda controlar los valores de PA en consulta con los siguientes objetivos: PAS de 120-130 mmHg para la población general y 130-140 mmHg para pacientes mayores (> 65 años) <sup>463-467,470-472</sup>	I	A
Se recomienda el uso de BB y BSRA para pacientes hipertensos con IM reciente	I	A
Se recomienda el tratamiento con BB o BCC para pacientes con angina sintomática <sup>467</sup>	I	A
La combinación de IECA y ARAII no está recomendada <sup>468,469</sup>	III	A

©ESC 2019

ARAI: antagonistas del receptor de la angiotensina II; BB: bloqueadores beta; BCC: bloqueadores de los canales del calcio; BSRA: bloqueadores del sistema renina-angiotensina; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; PA: presión arterial.

<sup>a</sup>Clase de recomendación.

<sup>b</sup>Nivel de evidencia.

## Recomendaciones sobre la diabetes mellitus en los síndromes coronarios crónicos

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>
Se recomienda establecer objetivos para el control de los factores de riesgo (PA, cLDL y HbA <sub>1c</sub> ) en los pacientes con EC y DM <sup>482-484</sup>	I	A
Se recomienda realizar periódicamente un ECG en reposo a los pacientes asintomáticos con DM para la detección de alteraciones de la conducción, FA e IM silente	I	C
Se recomienda tratar con IECA a los pacientes con SCC y DM para la prevención de eventos <sup>482</sup>	I	B
Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (empagliflozina, canagliflozina o dapagliflozina) están recomendados para los pacientes con DM y ECV <sup>0,485-487</sup>	I	A
Los agonistas de los receptores del péptido similar al glucagón tipo 1 (liraglutida o semaglutida) están recomendados para los pacientes con DM y ECV <sup>0,488-490</sup>	I	A
Se pueden considerar las pruebas de imagen funcional o ATC coronaria para la evaluación avanzada del riesgo cardiovascular de adultos asintomáticos (mayores de 40 años) con DM <sup>491,492</sup>	IIb	B

©ESC 2019

ATC: angiografía por tomografía computarizada; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; DM: diabetes mellitus; EC: enfermedad coronaria; ECG: electrocardiograma; ECV: enfermedad cardiovascular; FA: fibrilación auricular; HbA<sub>1c</sub>: glucohemoglobina; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; IM: infarto de miocardio; PA: presión arterial; SCC: síndrome coronario crónico.

<sup>a</sup>Clase de recomendación.

<sup>b</sup>Nivel de evidencia.

<sup>c</sup>El algoritmo de tratamiento se puede consultar en la GPC ESC/EASD 2019 sobre diabetes mellitus, prediabetes y enfermedades cardiovasculares<sup>16</sup>.

# Altres situacions en SCC

---

- Insuficiència renal crònica: atenció al ajust de dosis dels fàrmacs i minimitzar l'ús de contrast iodat.

## Diferències per sexe

- Menys representades als estudis.
- Diferència en la presentació clínica
- Pitjors resultats
- Edat o comorbilitats?

# Els controls

<b>Visita Metge/ssa Atenció Primària</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovar objectius prev 2<sup>a</sup></li><li>- Completar tractament òptim</li></ul>	Si ESTABLE Control cada 6 mesos
<b>Infermeria Atenció Primària</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Suport en RHB cardíaca</li><li>- Importància estils de vida</li><li>- Adherència terapèutica</li><li>- Seguiment</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>·Establir Dx SCC</li><li>·Control FRCV</li><li>·ECG i AS anual</li><li>·Classificació risc</li></ul>

Mínim control:

- **ECG anual**
- **Analítica anual:** Hemograma, HbA1c, glucosa, Creatinina, FG, ionograma, perfil lípids, funció tiroidea, perfil hepàtic, Albumina, NT-proBNP si sospito IC, CPK si sospito miopatia.
- Ecocardiograma: no cal fent revisió periòdica però si cal tenir-ne un al diagnòstic i si hi ha canvis clínics.
- Classificació de risc
- **Entrevista clínica i exploració física (detecció!) cada 6m**

\*Vigilància activa dels possibles **EA's del tractament mèdic** (tos, alt.hepàtica, alt.muscular per estatines...)



# Bibliografía

---

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos. Guías de Práctica Clínica. **Guía ESC 2019 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios crónicos**. Rev Esp Cardiol. 2020;73(6):495.e1-495.e61
- SEC-PRIMARIA. **Proceso Cardiopatía Isquémica Estable**. 2017; sociedad española de cardiología.
- D. Orozco-Beltrán et al. **Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2020**. Atención Primaria 2020;52(S2):5---31.
- M.C.Seoane Vicente. Cardiopatía isquémica. Módulo 4. Enfermedades cardiovasculares y renales. **Máster en cronicidad y atención al paciente pluripatológico**. Editorial Médica Panamericana.

**Moltes gràcies**

— — —