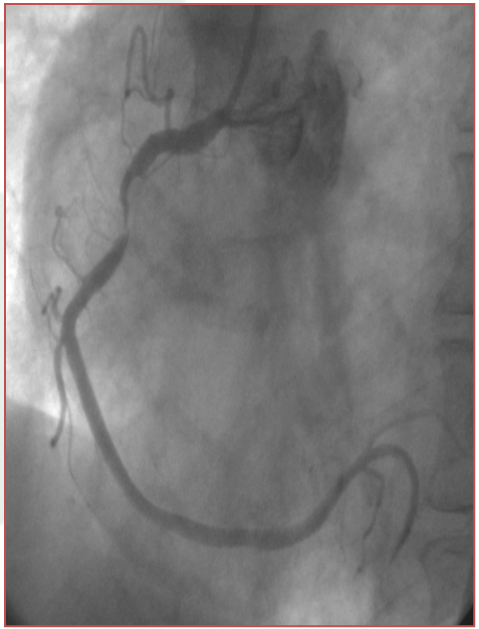
CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Desde el dolor torácico hasta la prevención secundaria

Lorenzo Fácila

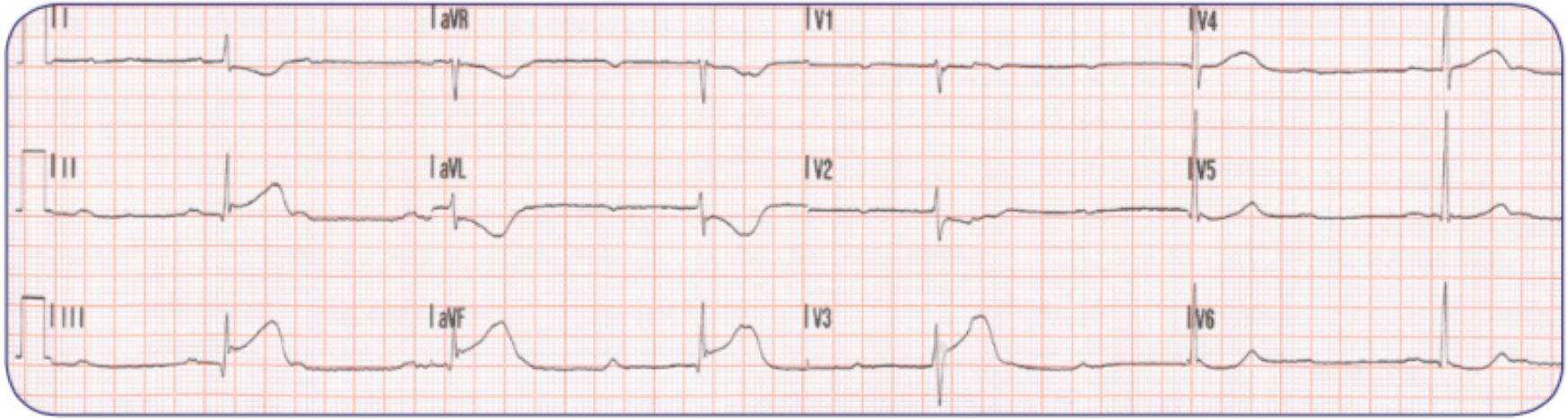
@mi_cardiologo

Manejo a corto plazo



Dolor torácico

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



@mi_cardiologo

Causas de dolor torácico

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Cardíacas	Pulmonares	Vasculares	Gastrointestinales	Osteomusculares	Otras
Miocardiopatías	Embolia pulmonar	Disección aórtica	Reflujo GE	Traumatismo	Ansiedad
Taquiarritmias	Neumotórax	Aneurisma	Ulcus	Osteocondritis	Herpes
Insuficiencia cardíaca	Neumonía		Pancreatitis		Anemia
Estenosis aórtica	Pleuritis		Colecistitis		
Takotsubo					
Espasmo coronario					
Trauma cardíaco					
Emergencia hipertensiva					
Taponamiento					

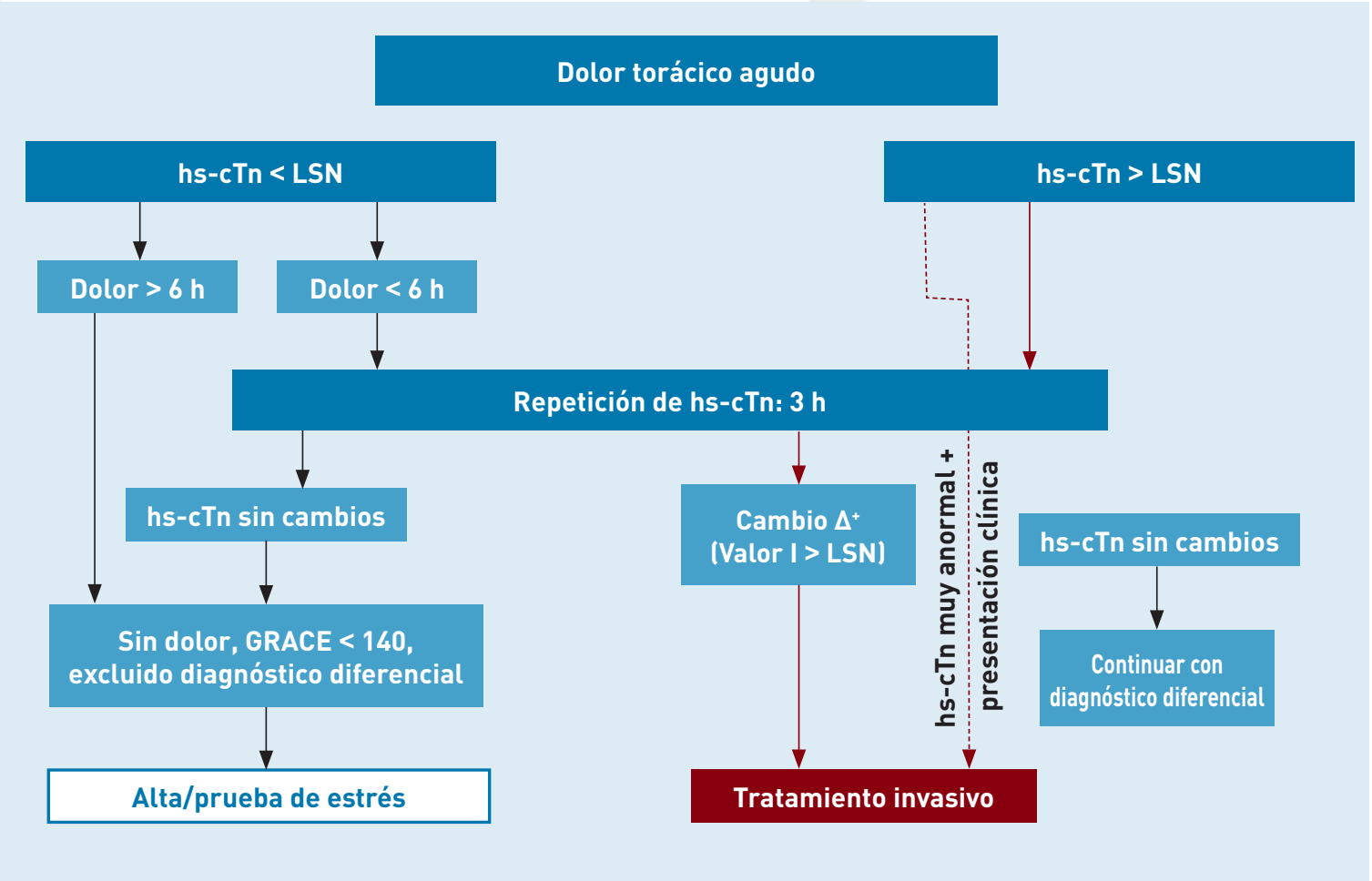
@mi_cardiologo

Dolor Torácico

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

	Probabilidad baja				Probabilidad alta
1. Presentación					
2. ECG					
3. Troponinas	–		+		++
	↓	↓	↓	↓	↓
4. Diagnóstico	No cardíaco	AI	Otra cardiopatía	IMSEST	IMCEST

@mi_cardiologo



CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

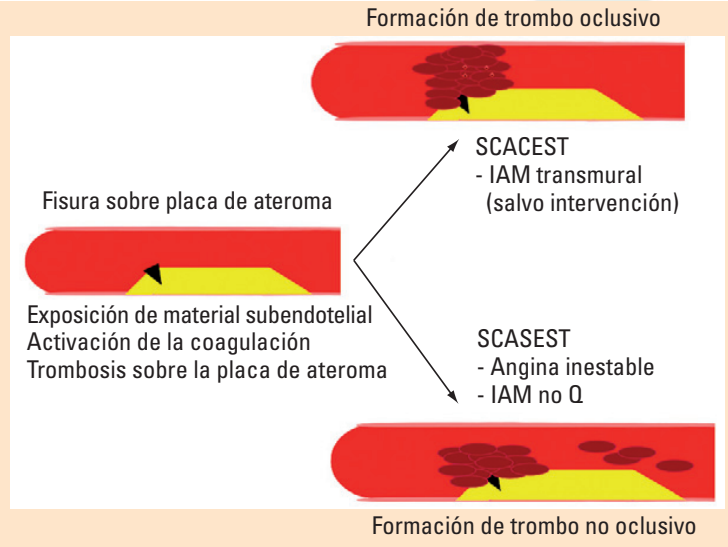
@mi_cardiologo

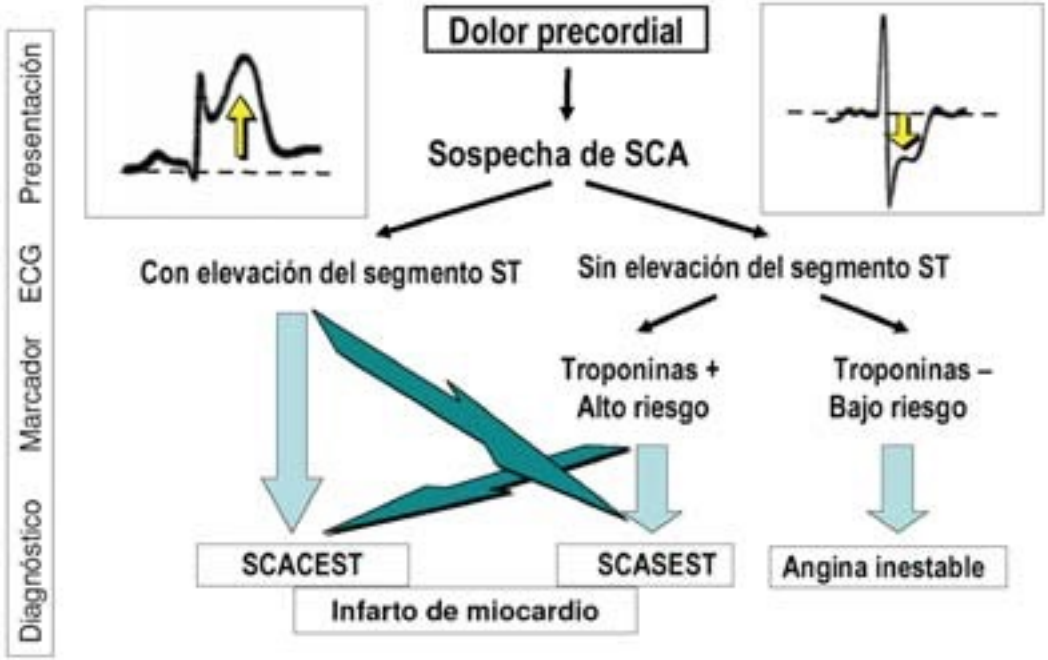
Elevación de Tn

- Síndrome coronario agudo
- Taquiarritmias
- Crisis hipertensiva
- Miocarditis
- Disección aórtica
- Estenosis aórtica
- Insuficiencia cardíaca
- Miocardiopatía
- Embolismo pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- *Shock*
- Hemorragia subaracnoidea
- Disfunción renal
- Quemaduras
- Sepsis
- Hipo/hipertiroidismo
- Enfermedades infiltrativas (p. ej., sarcoidosis, amiloidosis, esclerodermia, hemocromatosis, etc.)
- Toxicidad cardíaca por fármacos (quimioterapia, etc.)
- Deportes extremos
- Rhabdomiolisis

SCASEST vs SCACEST

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA





@mi_cardiologo

SÍNDROME CORONARIO AGUDO

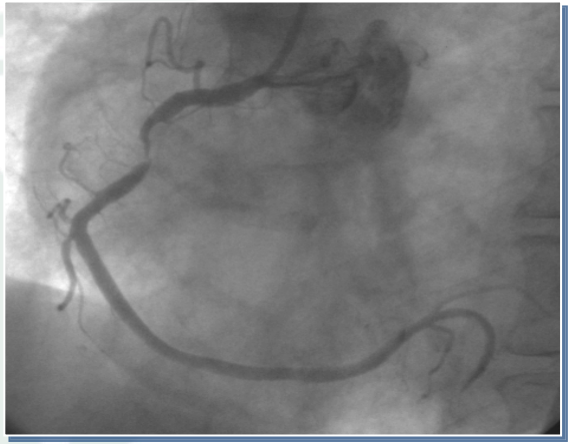
CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

CON elevación ST

"Abrir la arteria"

1. ACTP primaria
2. Fibrinolisis

SIN elevación ST



"Mantener arteria abierta"

1. Tratamiento farmacológico
2. Intervencionismo precoz

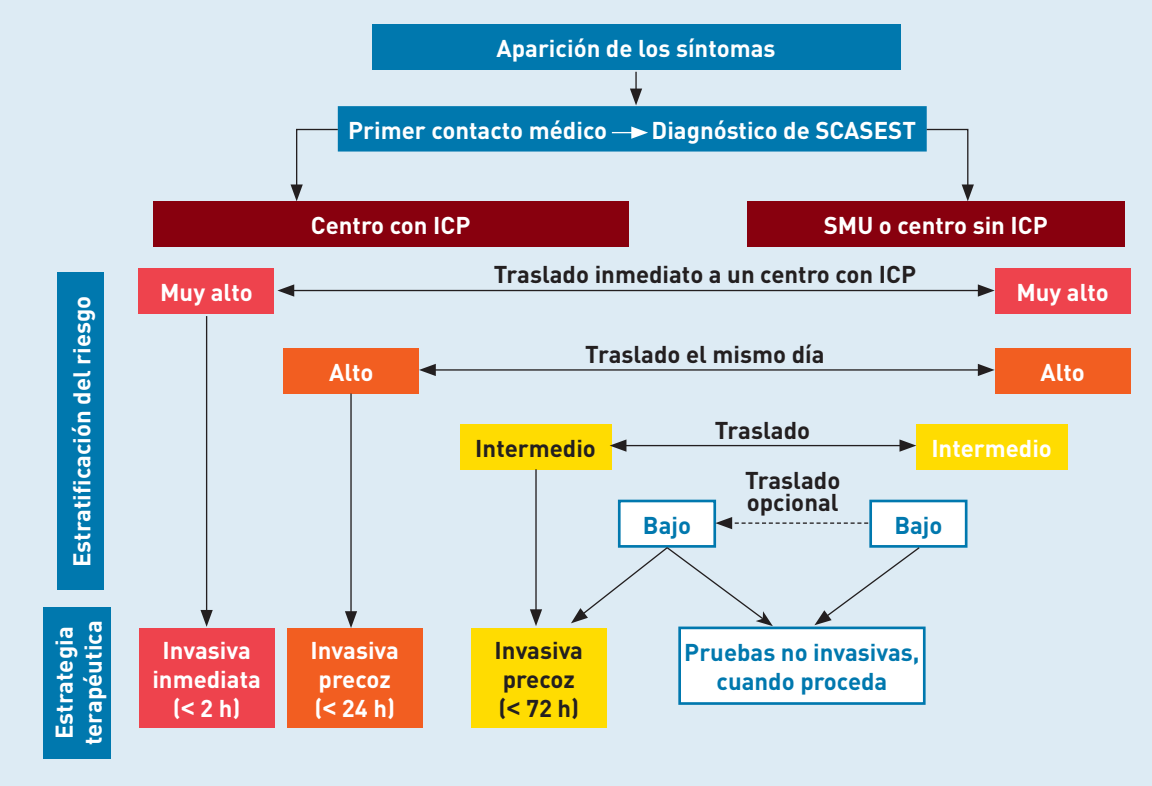
@mi_cardiologo

Antiagregantes

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Fármaco	Dosis de carga	Dosis de mantenimiento	Inicio de efecto	Detalles y contraindicaciones
AAS	300 mg	100 mg/día		Todos los pacientes con SCASEST salvo contraindicación
Ticagrelor (Brilique®)	180 mg	90 mg/12 horas	30 min	• Pacientes con riesgo isquémico moderado-alto. Incluso pretratados con clopidogrel (dar dosis de carga). • Único con efecto reversible. Contraindicados en ACV hemorrágicos previos y hepatopatías
Clopidogrel (Plavix®)	300-600 mg	75 mg/día	2-4 horas	• Único compatible con ACO. • Indicado en pacientes que no toleren ticagrelor ni Prasugrel
Prasugrel (Efient®)	60 mg	10 mg/día	30 min	• Pacientes con anatomía coronaria conocida Contraindicado en AIT/ACV previo, > 75 años, < 60 kg

Estrategia invasiva



CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

@mi_cardiologo

Cateterismo según el riesgo

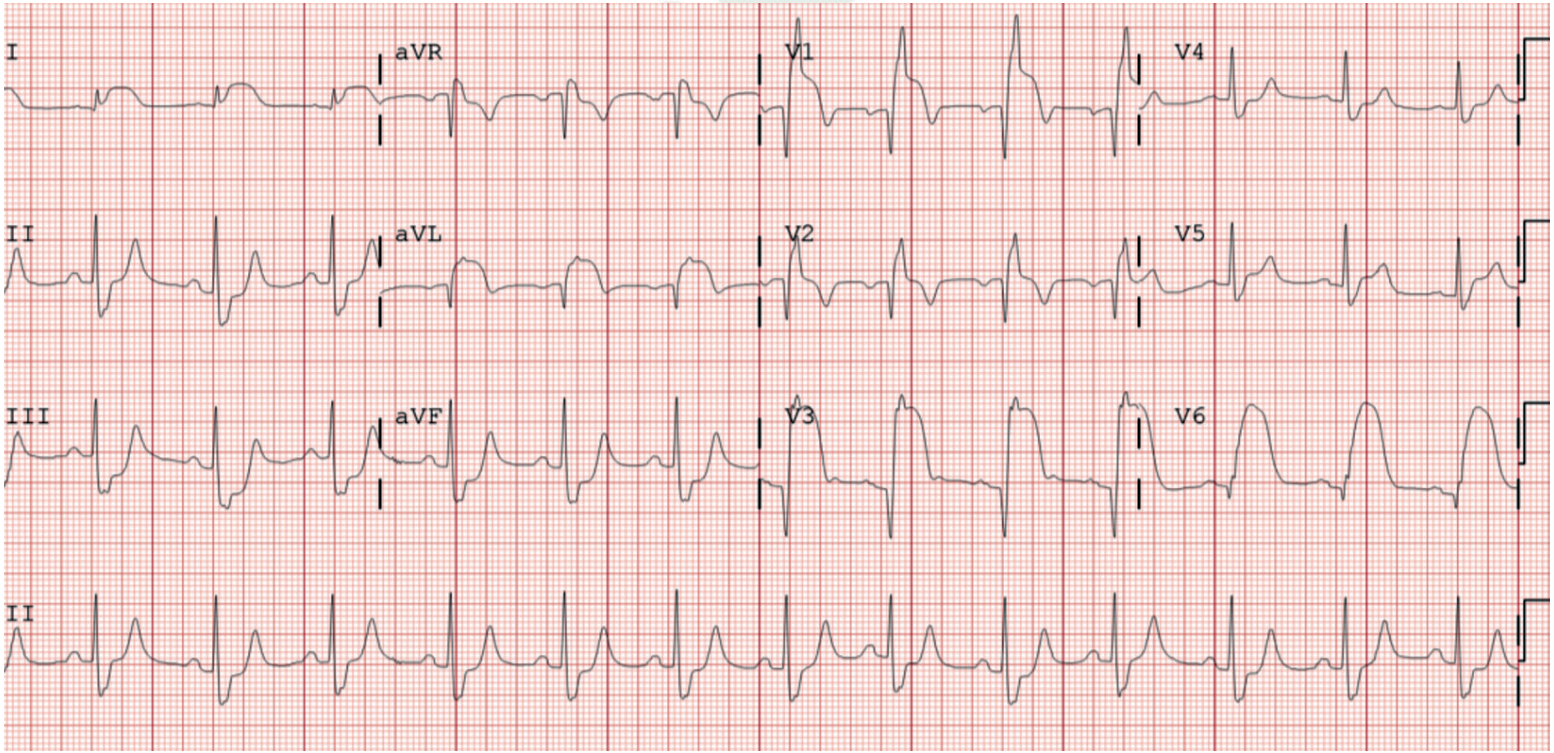
CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Muy alto riesgo (< 2 h)	Alto riesgo (< 24 h)	Riesgo intermedio (< 72 h)	Riesgo bajo
Inestabilidad hemodinámica o *shock* cardiogénico	Inestabilidad hemodinámica o *shock* cardiogénico	Diabetes *mellitus*	Pacientes sin recurrencia de la clínica y sin ninguno de los criterios previos
Dolor torácico recurrente/ persistente pese a tratamiento médico	Ascenso o descenso de la troponina (compatible con IM)	Enfermedad renal crónica (FG < 60 mL/min/1,73 m^2)	
Arritmias con riesgo vital o PCR	GRACE > 140	FEVI < 40 % o insuficiencia cardíaca congestiva	
Insuficiencia cardíaca aguda o complicaciones mecánicas		Angina precoz post-IAM	
Cambios dinámicos recurrentes en el ST-T, especialmente con elevación intermitente del ST		ICP o CABG previa	
		GRACE 109-140	
		Síntomas recurrentes o test de isquemia no invasivos +	

@mi_cardiologo

IAMCEST

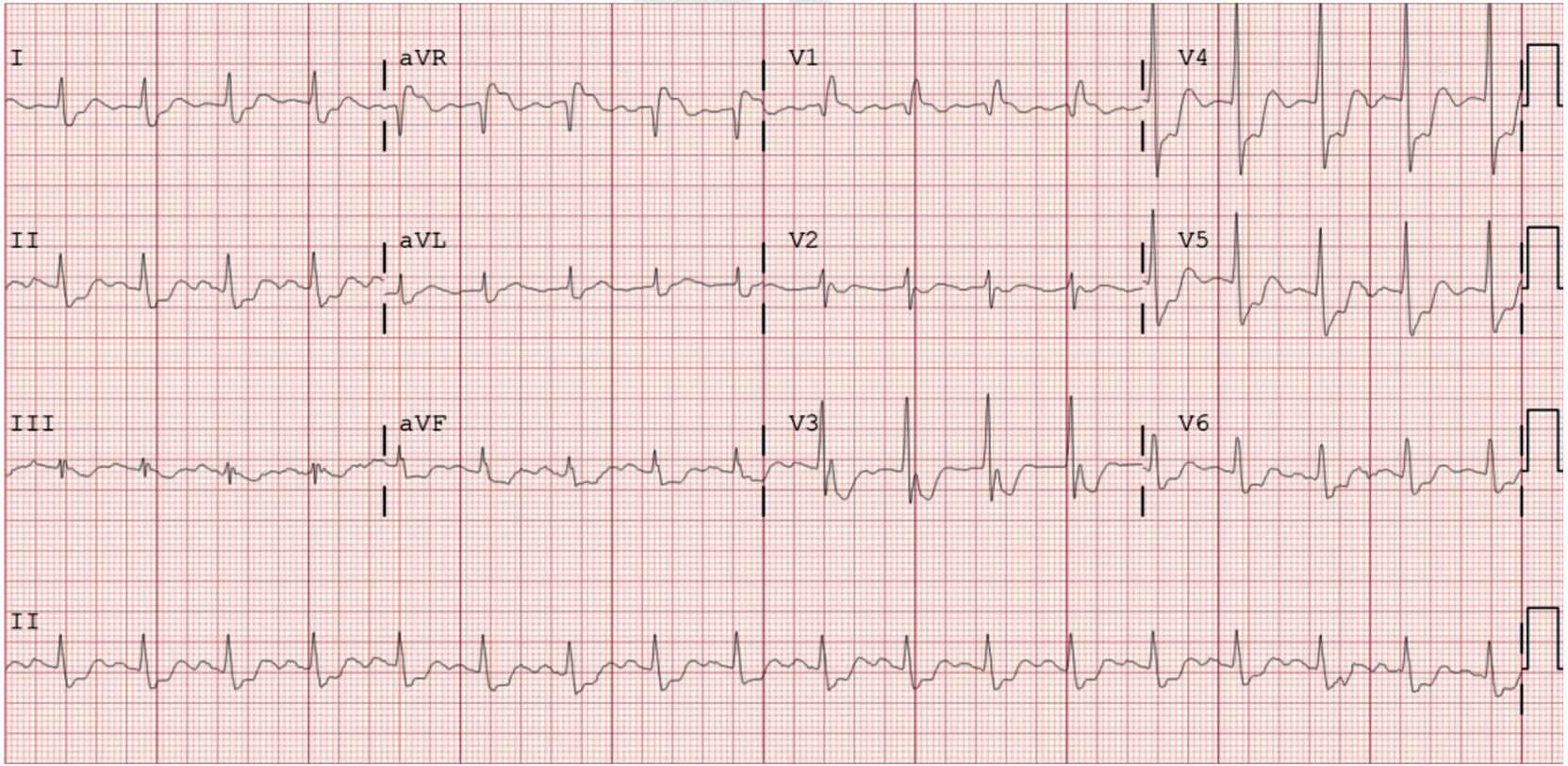
CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



@mi_cardiologo

Enfermedad del TCI

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



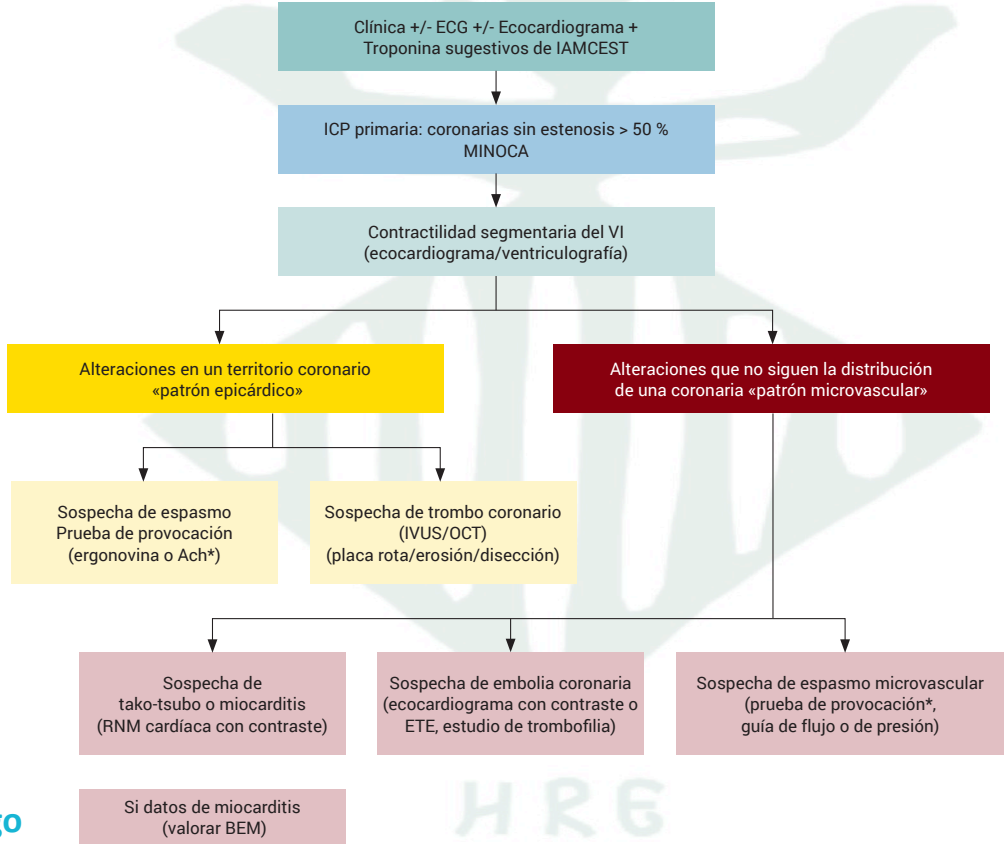
@mi_cardiologo

Tiempos en SCACEST

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Primer contacto médico: ECG y Dx	≤10 minutos
Retraso máximo estimado desde Dx hasta ICP (paso de guía) para considerarla como estrategia de elección	≤ 120 minutos
Tiempo máximo entre Dx y paso de guía (ICP) en pacientes que acuden a hospitales con ICP	≤ 60 minutos
Tiempo máximo entre Dx y paso de guía (ICP) en pacientes que tienen que ser transferidos a hospitales con ICP	≤ 90 minutos
Tiempo máximo entre Dx e inicio de la fibrinólisis en pacientes en los que no pueden cumplirse los tiempos para realizar ICP primaria	≤ 10 minutos
Tiempo para evaluar la eficacia de la fibrinólisis	60-90 minutos
Tiempo entre la fibrinólisis y la realización de la angiografía (ante fibrinólisis eficaz)	2-24 horas

MINOCA



CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

@mi_cardiologo

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Manejo a largo plazo

@mi_cardiologo

ENFERMEDAD CORONARIA

La cardiopatía isquémica es un **enfermedad crónica** con un curso clínico variable marcado por periodos de estabilidad y de exacerbaciones bruscas (SCA)

Elevado consumo de recursos sanitarios

Escasa evidencia científica sobre la metodología de seguimiento

- Condiciona gran heterogeneidad asistencial
- Recomendaciones basadas en rehabilitación cardiaca y prevención secundaria

Objetivos durante el seguimiento

- Detección de cambios en el estado clínico y en la evolución de la enfermedad
- Modificar la estrategia terapéutica en función de la evolución clínica
- Potenciar el autocuidado y la adaptación del paciente a su patología
- Ajustar recomendaciones de prevención secundaria
- Comprobar la cumplimentación de las recomendaciones terapéuticas

Me tomo unas pastillas amarillas, unas verdes y otras con lunares

Guión

- Datos a tener en cuenta del informe de alta
- Tratamiento y seguimiento
- Unidad de prevención y rehabilitación cardiovascular.

Guión

- Datos a tener en cuenta del informe de alta
- Tratamiento y seguimiento
- Unidad de prevención y rehabilitación cardiovascular.

Datos del Informe de alta

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

Datos del Informe de alta

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

Factores de riesgo CV

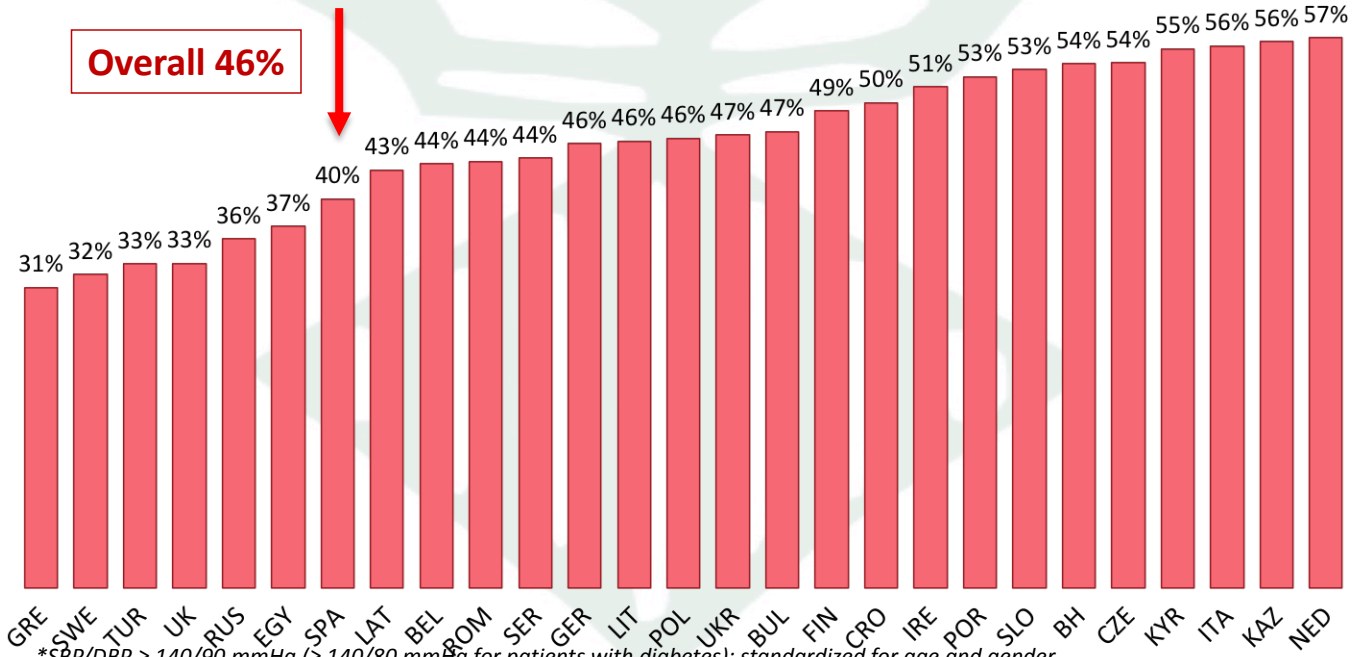
CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Insistir en su manejo y colaborar en su tratamiento
- Detectar nuevos
- Planificar objetivos
- Estratificar el riesgo

Hipertensión arterial

- Objetivo **<140/90**
- Siempre con tratamiento farmacológico.
- Uso de betabloqueantes, IECAS,ARA-2 calcioantagonistas

Prevalence of raised blood pressure*



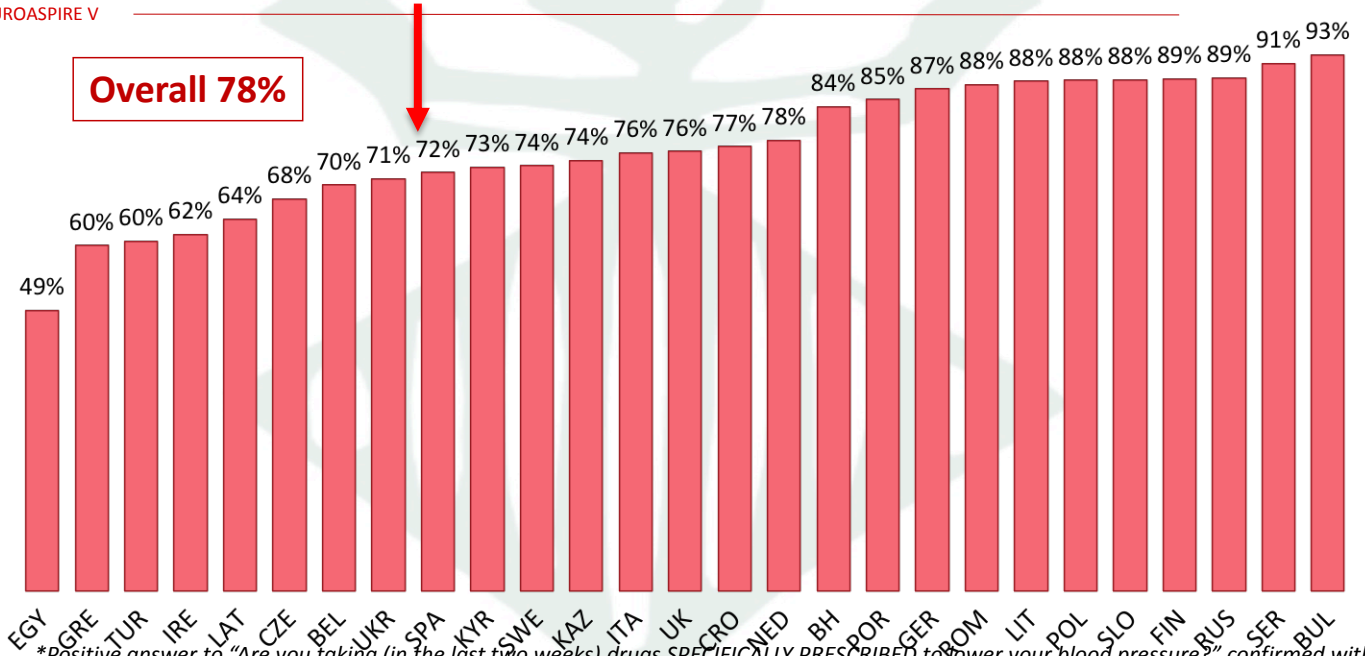
*SBP/DBP ≥ 140/90 mmHg (≥ 140/80 mmHg for patients with diabetes); standardized for age and gender

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

ESC
European Society
of Cardiology

EUROASPIRE V

Use of blood pressure lowering drugs*



*Positive answer to "Are you taking (in the last two weeks) drugs SPECIFICALLY PRESCRIBED to lower your blood pressure?" confirmed with actual use of a blood pressure lowering agents; standardized for age and gender

@mi_cardiologo

Dislipidemia

- El objetivo primordial es reducir el **LDL <70 mg/dl o más del 50% del LDL inicial**
- Siempre con tratamiento farmacológico (lo que necesitemos para bajarlo). **Dosis altas estatinas + lo que necesitemos (Ezetimibe iPCSK9)**
- Triglicéridos < 150 mg/dl
- HDLc > 40 mg/dl

European Heart Journal (2016) 37, 2999–3058
doi:10.1093/eurheartj/ehw272

ESC/EAS GUIDELINES

2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

European Heart Journal (2016) 37, 2315–2381
doi:10.1093/eurheartj/ehw106

JOINT ESC GUIDELINES

2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)

Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)

Very High Risk	70 mg/dL ≤ Baseline LDL-C ≤ 135 mg/dL ↓ ≥ 50% LDL-C reduction	Baseline LDL-C > 135 mg/dL ↓ LDL-C target < 70 mg/dL
High Risk	100mg/dL ≤ Baseline LDL-C ≤ 200 mg/dL ↓ ≥ 50% LDL-C reduction	Baseline LDL-C > 200 mg/dL ↓ LDL-C target < 100 mg/dL

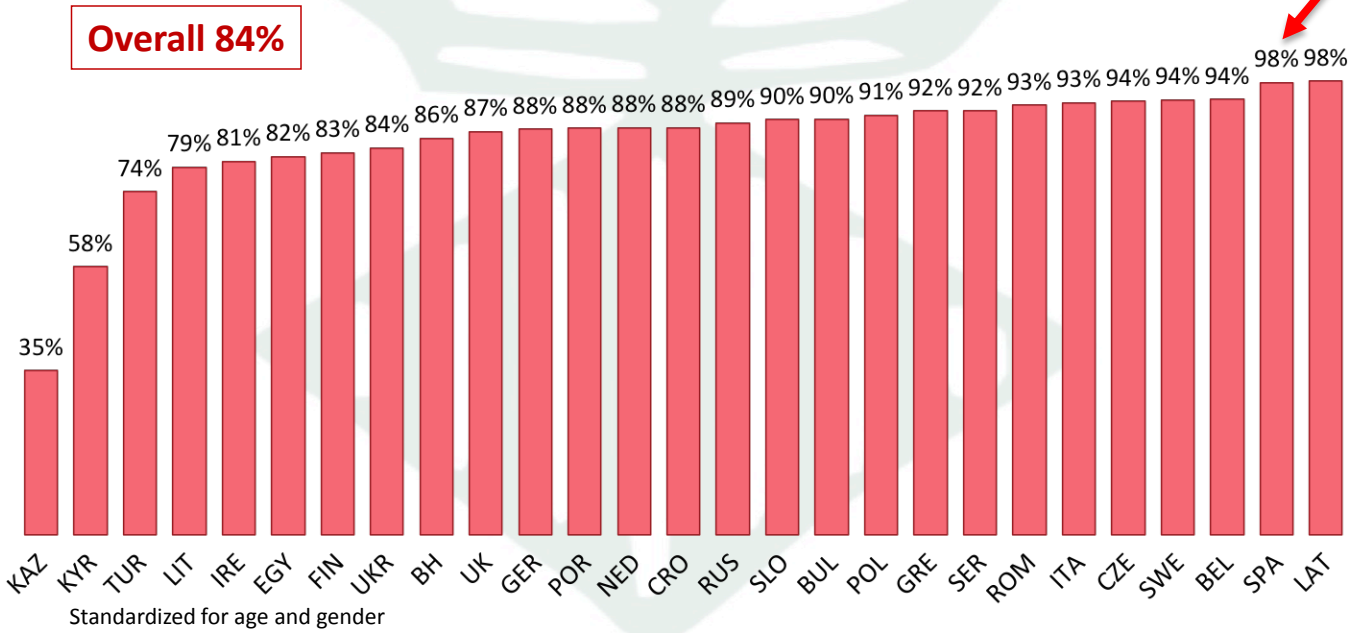
ESTATINAS Y GRADO DE REDUCCIÓN (%) DEL LDL

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Dosis (mg) Estatina	10	20	40	80
Atorvastatina	37,3	43,1	49,2	55,0
Simvastatina	27,3	32,1	37,1	41,9
Pravastatina	19,8	24,4	28,8	33,3
Lovastatina	21,3	29,2	36,9	44,8
Fluvastatina	15,4	21,3	27,1	32,9

@mi_cardiologo

Use of lipid-lowering drugs

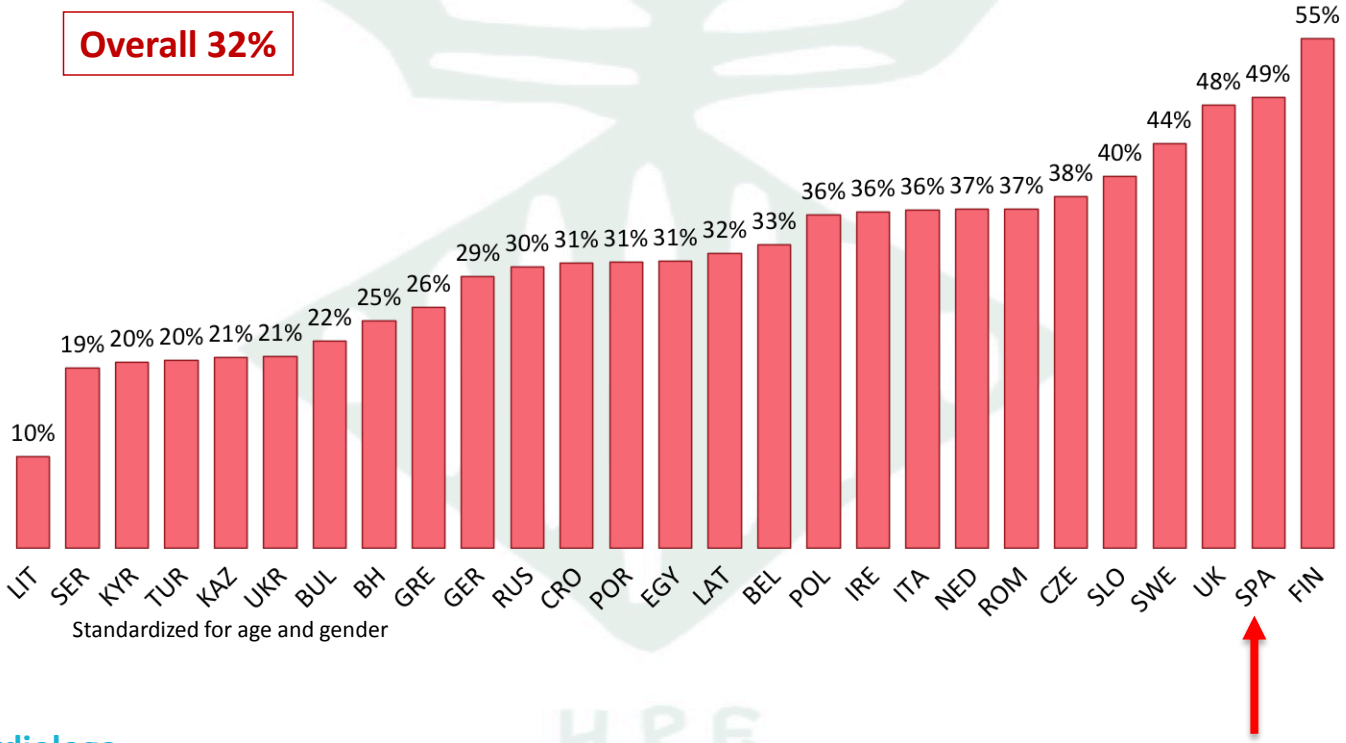


EUROASPIRE V

ESC
European Society
of Cardiology

LDL-cholesterol <1.8 mmol/L (70 mg/dL) in patients on lipid-lowering drugs

Overall 32%



Standardized for age and gender

LDL<70 en 2 pasos

Herramienta objetivo 70

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Cómo alcanzar en 2 pasos concentraciones de LDL inferiores a 70 mg/dl en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular

PRIMERA VISITA

¿Es su paciente de MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR según la definición de las guías clínicas de la ESC/EAS? SÍ ☐ NO ☐

SÍ: Inicie terapia con una estatina potente a la dosis máxima*.

Si su paciente está ya en tratamiento con estatinas actúe como en segunda visita

** Inicie tratamiento a la mitad de la dosis máxima en pacientes con mayor riesgo de toxicidad: insuficiencia renal, disfunción hepática, ancianos (>75 años), interacciones farmacológicas*

SEGUNDA VISITA (control analítico a los dos meses)

1. El colesterol LDL es inferior a 70 mg/dl. ☐ **Mantenga el tratamiento.**

2. El colesterol LDL está entre 70 y 90 mg/dl:

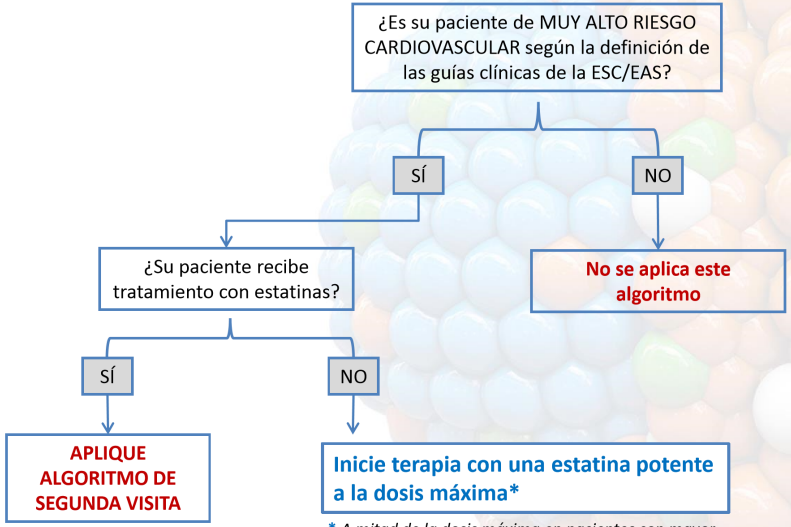
a) Con dosis máxima tolerada de estatina. ☐ **Inicie coadministración con ezetimiba.**

b) Con dosis media de estatina. ☐ **Alcance dosis máxima tolerada de estatina potente.**

3. El colesterol LDL es superior a 90 mg/dl. ☐ **Inicie coadministración con ezetimiba** ***(si no está en dosis máximas toleradas de estatina, valore doblar dosis al mismo tiempo).***

LDL<70 en 2 pasos

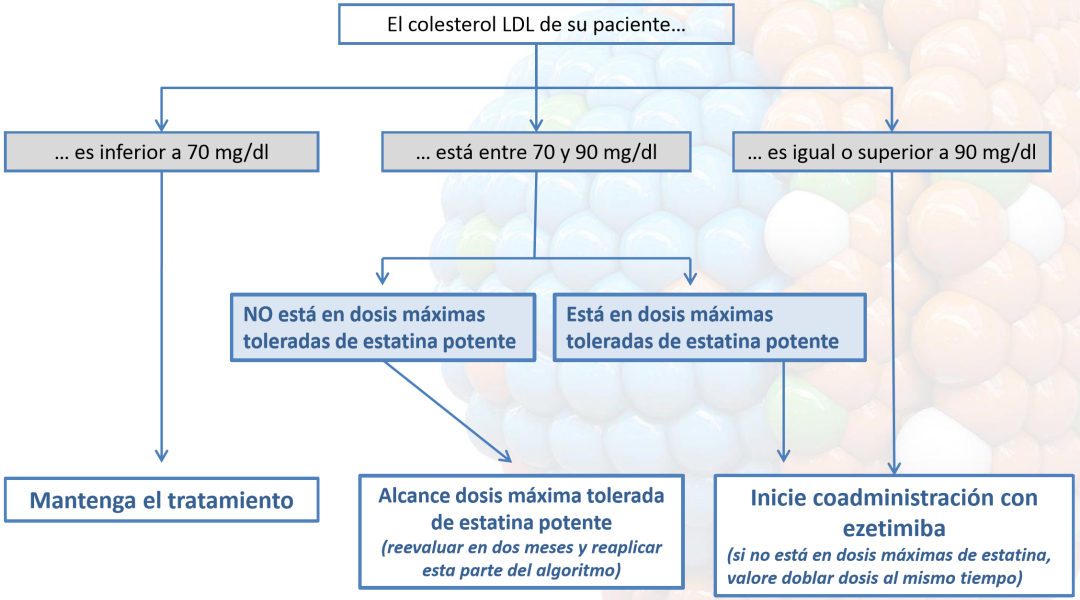
Primera visita



* *A mitad de la dosis máxima en pacientes con mayor riesgo de toxicidad: insuficiencia renal, disfunción hepática, ancianos (>75), interacciones farmacológicas.*

LDL<70 en 2 pasos

Segunda visita (control analítico a los dos meses)



Diabetes

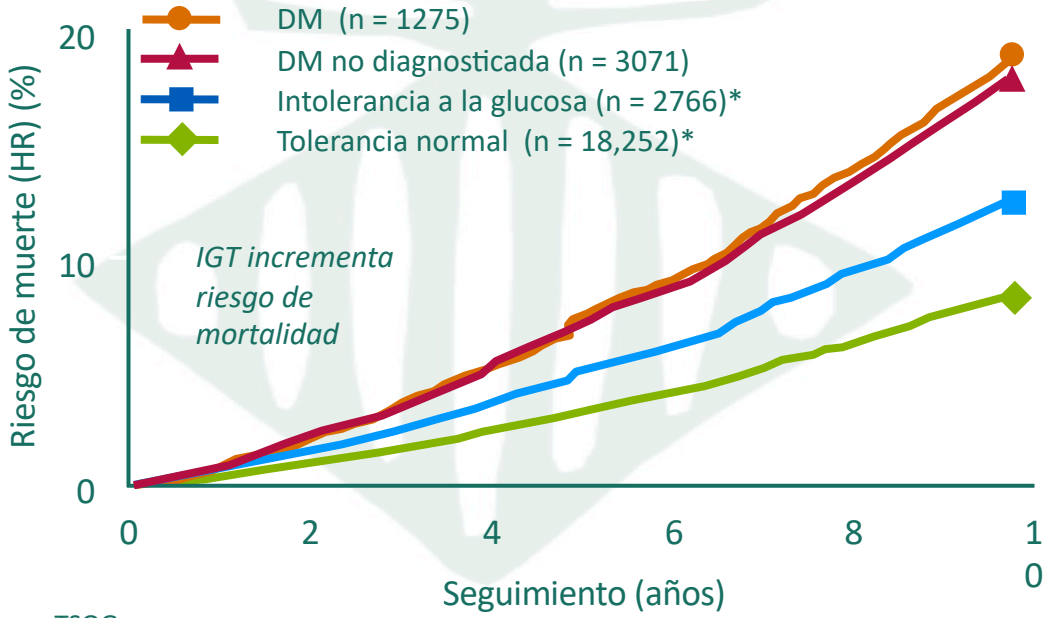
- Tratamiento farmacológico con ADO o con insulina.
- Objetivo: Hb1Ac< 7-7,5%
- Detectar alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en pacientes no diabéticos

PRE-DIABETES Y RIESGO CV:

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

ESTUDIO DECODE:

Datos de 13 cohortes prospectivas europeas incluyendo 25,364 sujetos ≥30años



*Diagnosticado con TSOG.

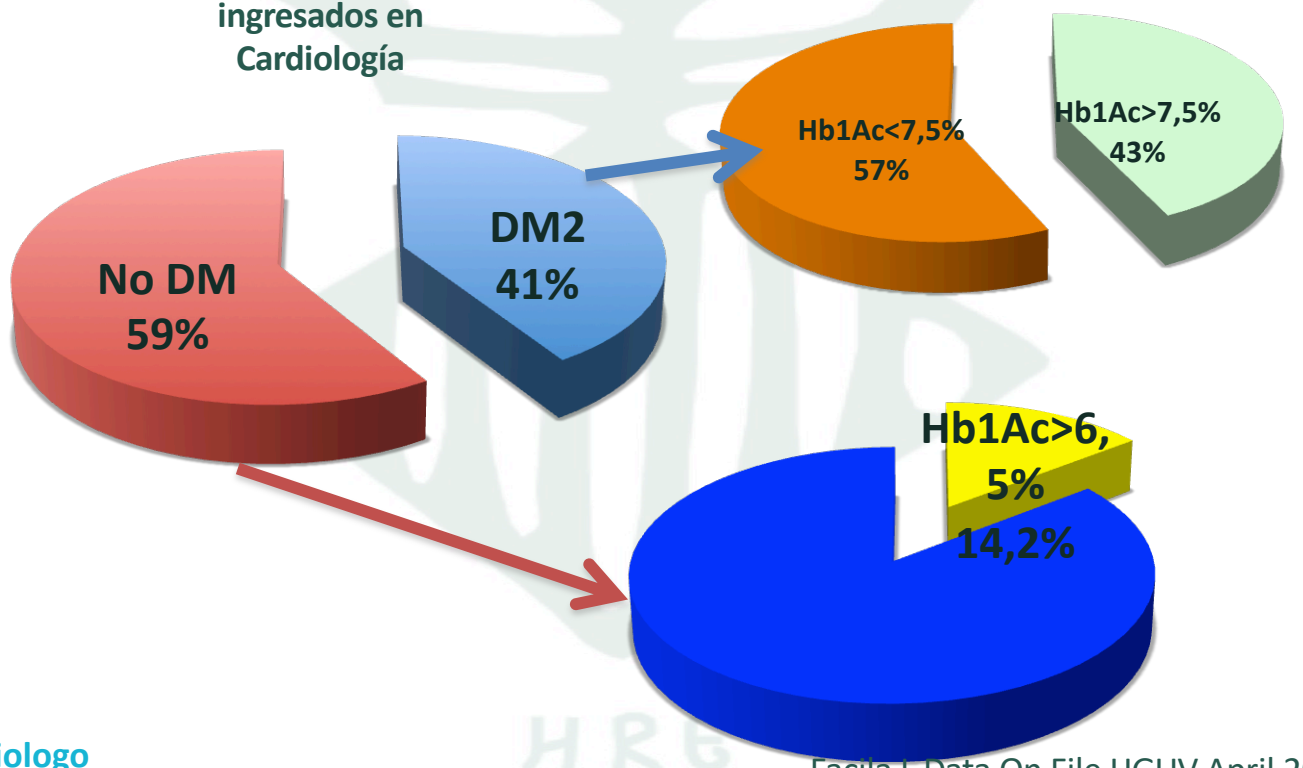
@mi_cardiologo

DECODE Study Group. Lancet. 1999;354:617-21.

Diabetes en Cardiología

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

N=1491 Pacientes ingresados en Cardiología



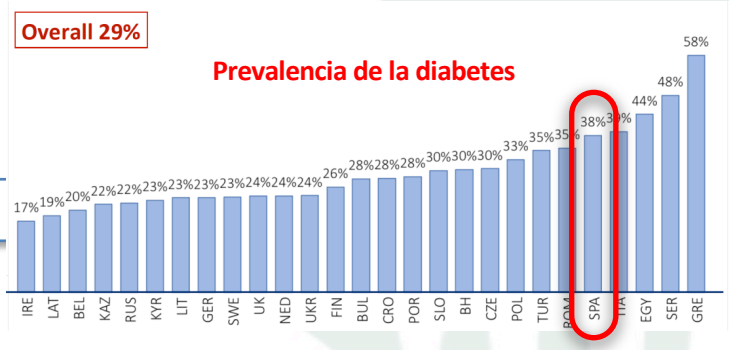
@mi_cardiologo

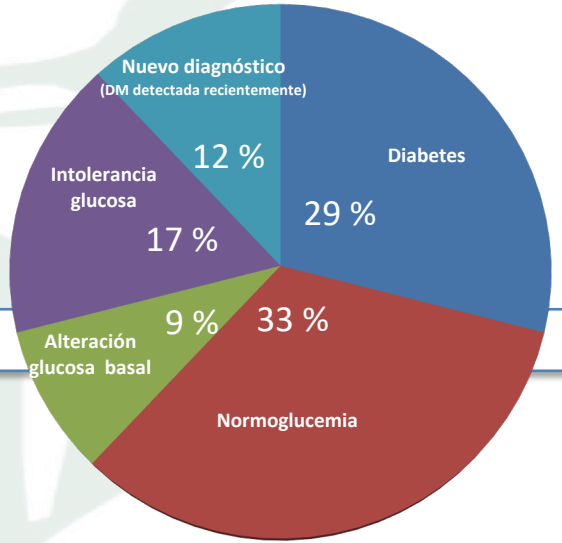
Facila L Data On File HGUV April 2013

Prevalencia de la diabetes *mellitus* en Europa

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

EUROASPIRE V[1]





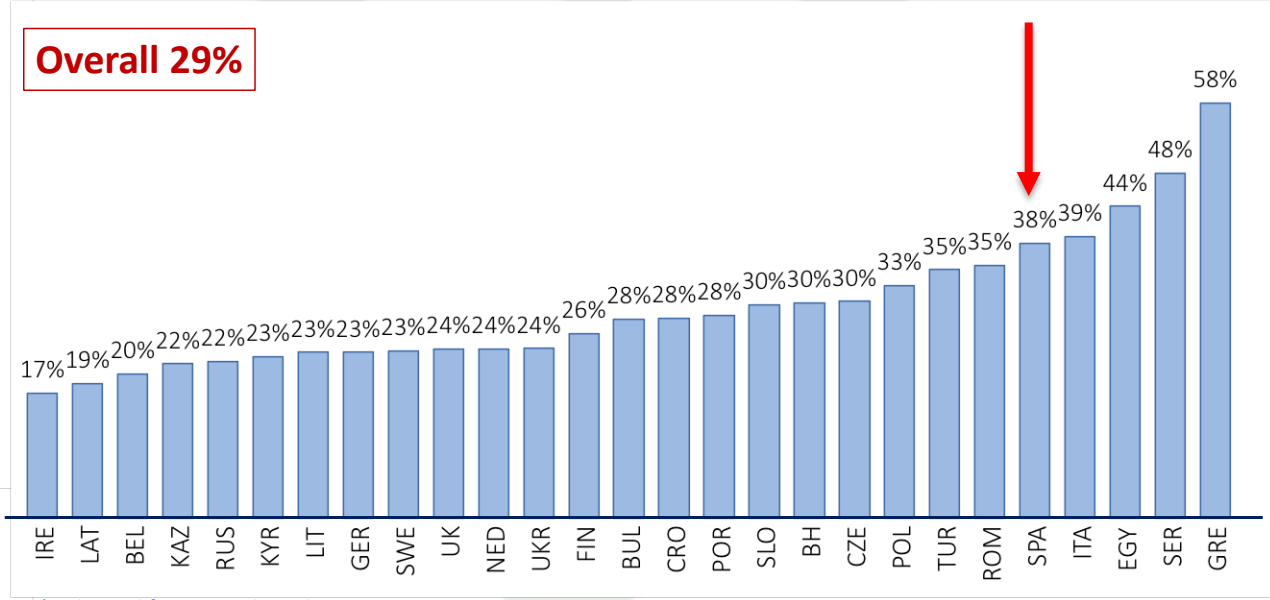
El **29 %** de los pacientes con enfermedad coronaria saben que son diabéticos[1]

> 58 % (personas con diabetes desde hace tiempo, con diabetes recién detectada y con intolerancia a la glucosa) tienen algún tipo de alteración del mecanismo de la glucosa[1]

1. Adaptado de De Bacquer D, Kotseva K, De Backer G, Ryden L, Wood D. On behalf of the Executive Committe and all EUROASPIRE V Investigators. EUROASPIRE V Survey on Cardiovascular Disease Prevention and Diabetes. EUROPREVENT 2018, Ljubljana, Slovenia April 19-21 .

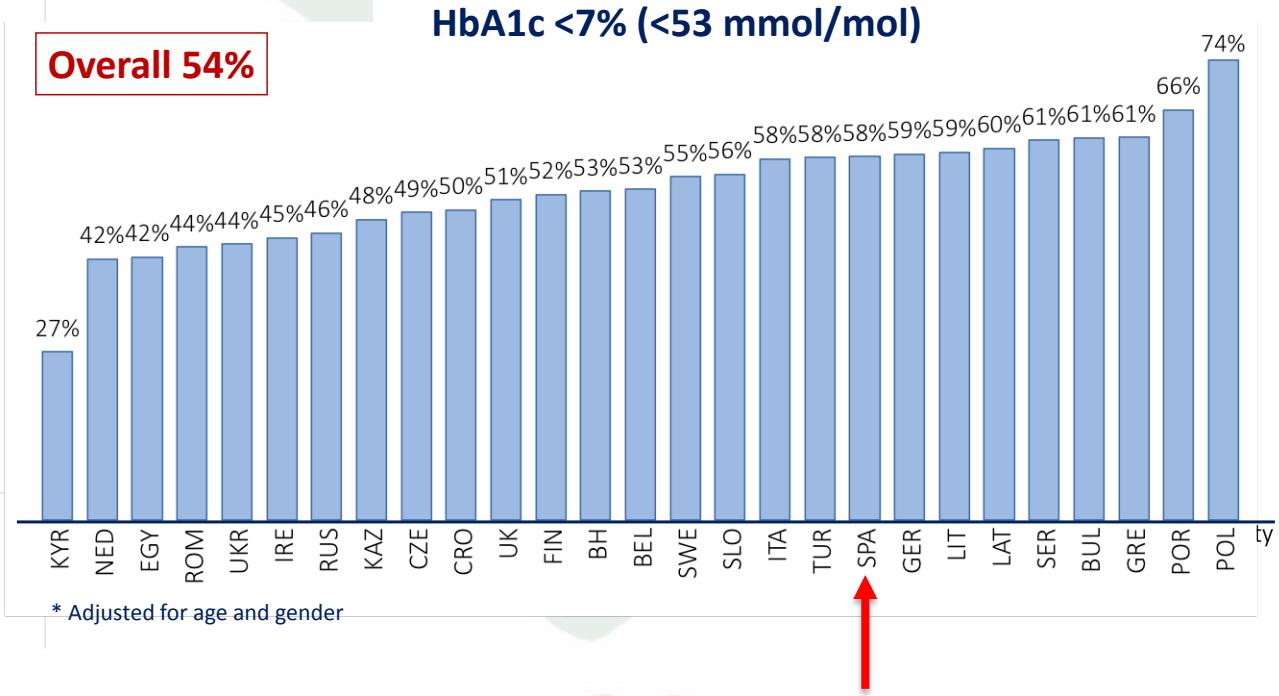
@mi_cardiologo

Prevalence of self reported diabetes*



* Adjusted for age and gender

Glucose control*: Established diabetes



@mi_cardiologo

Estrategia

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

METFORMINA

HbA1c fuera de objetivo

- Continuar con metformina (salvo contraindicación, generalmente por caída de función renal)

Y

- Añadir iSGLT-2 o arGLP-1 con beneficio CV demostrado

HbA1c dentro de objetivo

- Si ya se encuentra con doble terapia o varias terapias hipoglucomiantes, y no se incluye iSGLT-2 o arGLP-1, cambiar un antidiabético por iSGLT-2 o arGLP-1

O

- Considerar un objetivo HbA1c más bajo y asociar iSGLT-2 o arGLP-1

O

- Revalorar la HbA1c cada 3 meses y asociar iSGLT-2 o arGLP-1 si la HbA1c continúa alta

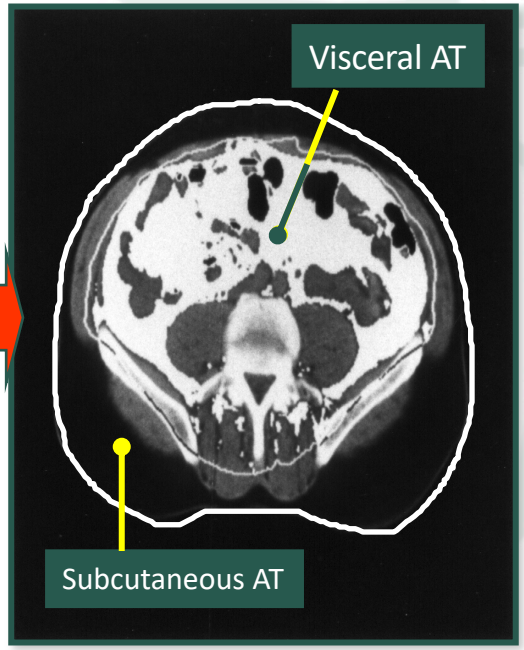
@mi_cardiologo

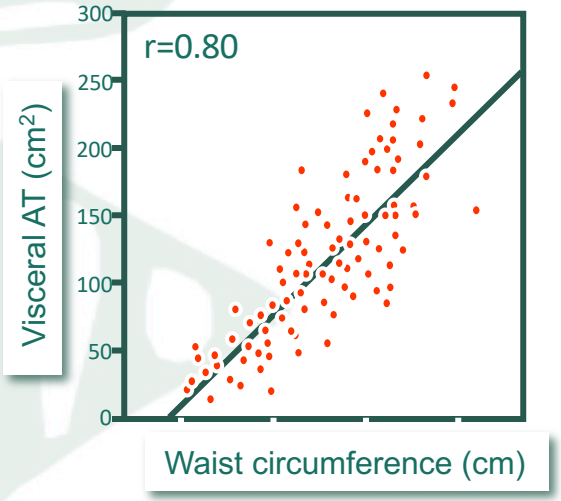
1. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2018;41(12):2669-701

Obesidad abdominal

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

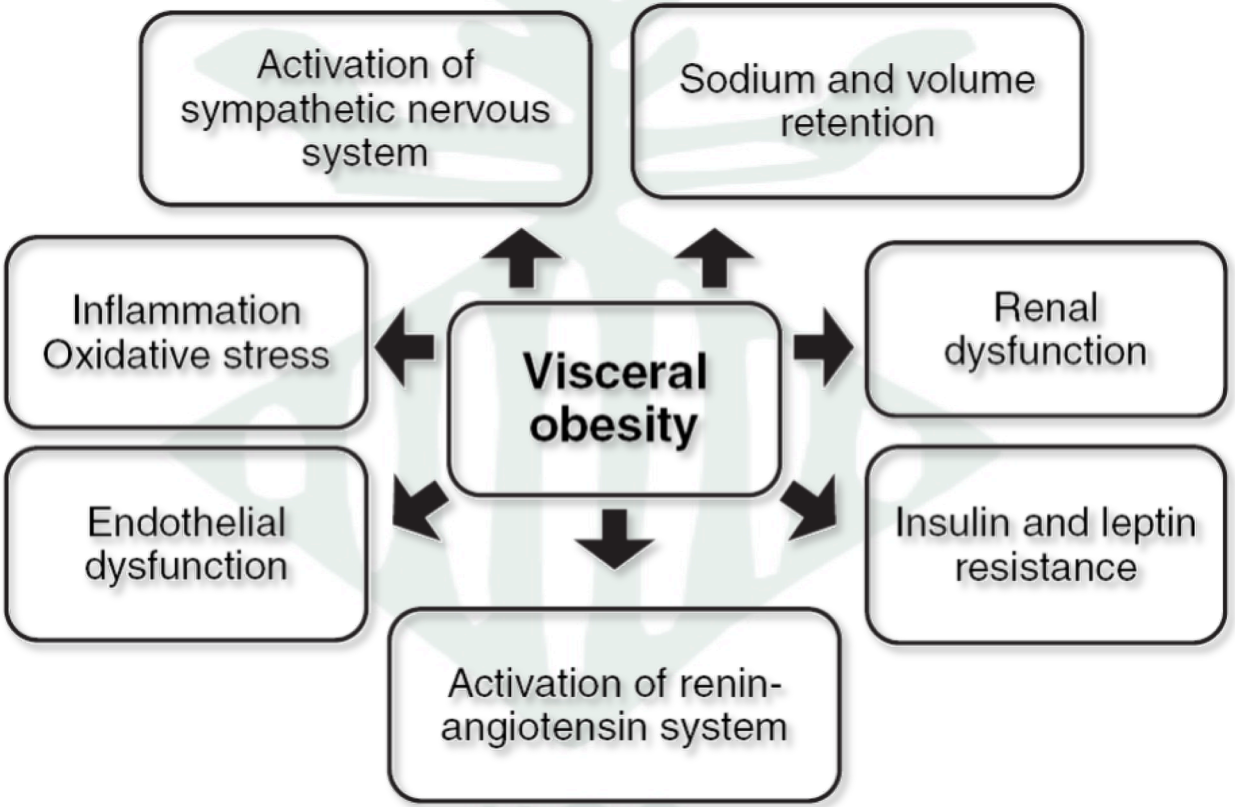
After JP Despres





@mi_cardiologo

Efectos de la grasa visceral

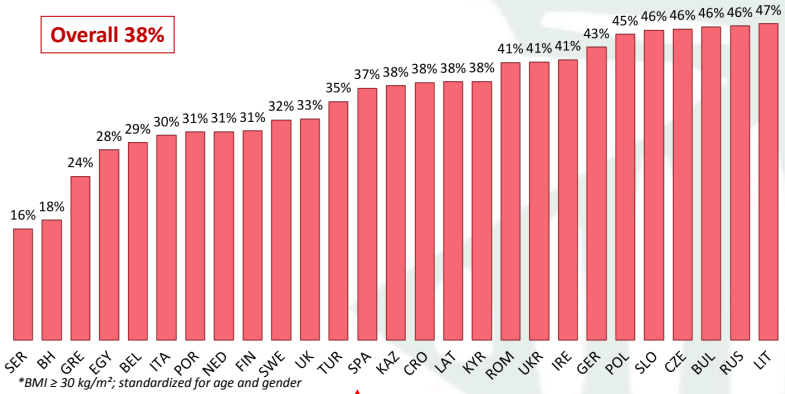


CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

EUROASPIRE V

Prevalence of obesity*

ESC European Society of Cardiology

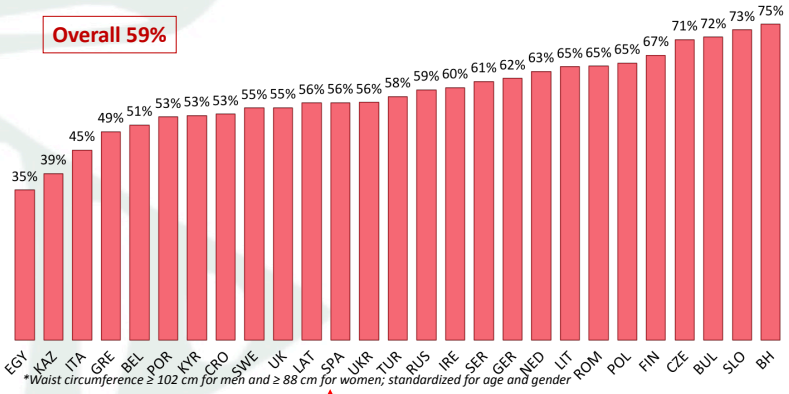


*BMI ≥ 30 kg/m²; standardized for age and gender

EUROASPIRE V

Prevalence of central obesity*

ESC European Society of Cardiology



*Waist circumference ≥ 102 cm for men and ≥ 88 cm for women; standardized for age and gender

@mi_cardiologo

Disfunción renal

- Factor de riesgo cardiovascular.
- Dificilmente tratable pero si que informa del pronóstico.
- El objetivo de su detección es:
  - Evitar su empeoramiento (AINES, contrastes)
  - Utilizar fármacos que eviten su progresión (IECAS, ARA-2)
  - Ajustar dosis de los fármacos que se eliminan por esa vía

Datos del Informe de alta

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

Datos del Informe de alta

- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

Tipo de SCA

- SCASEST
  - TpI elevada: IAMSEST (FE normal o alterada)
  - TpI normal: A.I (FE normal o igual que antes)

- SCACEST
  - IAM: FE habitualmente alterada, dependiendo del tratamiento administrado o las horas de evolución hasta que se instaura (ACTP 1ª).

Datos del Informe de alta

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

Datos del Informe de alta

- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

Complicaciones hospitalarias

- Arritmicas:
  - Auriculares: Se tratan de una manera similar al resto de la población
  - Ventriculares:
    - Primeras horas, no empeoran el pronóstico
    - Siguientes horas pueden ser mortales y precisan un tratamiento específico (DAI, revascularización,etc)
- Mecánicas:
  - Suelen ser graves y se tratan específicamente.

Datos del Informe de alta

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

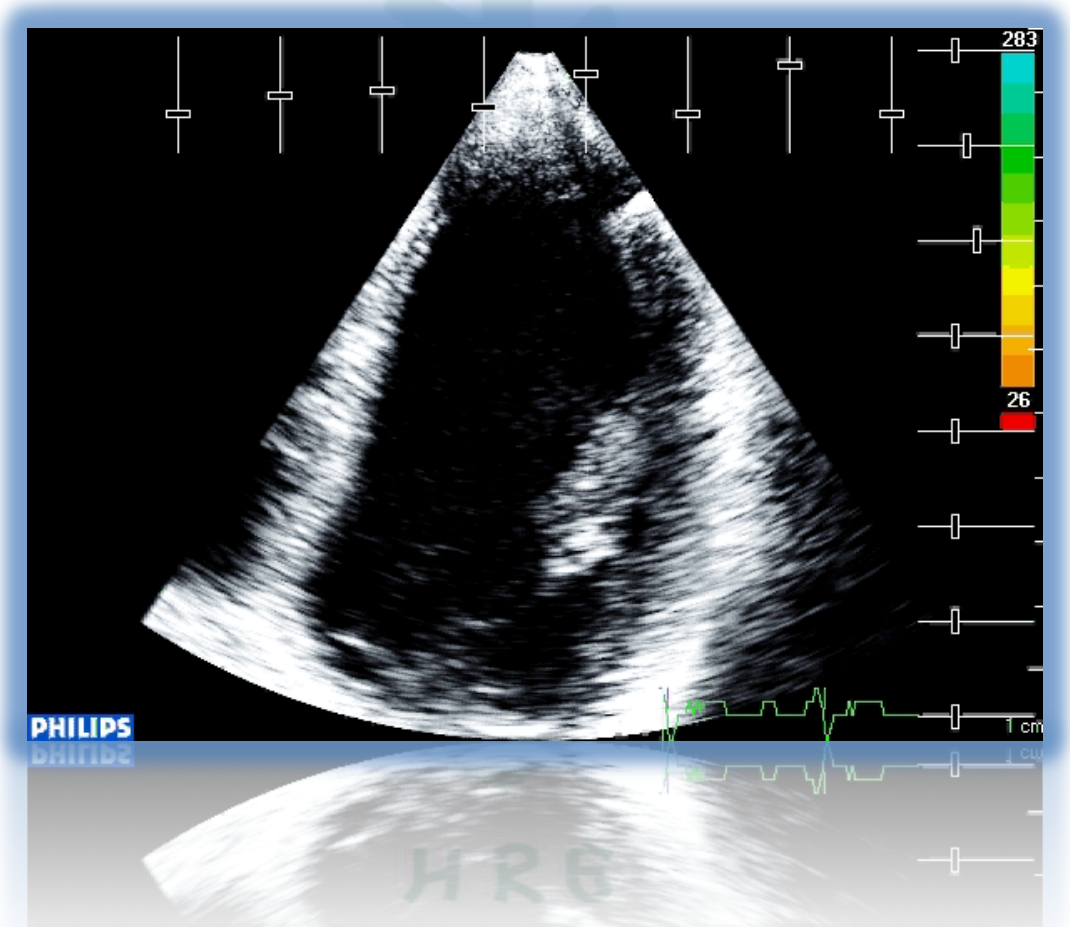
- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

Datos del Informe de alta

- Factores de riesgo cardiovascular
- Tipo de Síndrome coronario agudo
- Complicaciones hospitalarias
- Datos de las técnicas diagnósticas
- Datos de la revascularización

ECOCARDIOGRAMA

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



@mi_cardiologo

Test de estrés

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Ergometría
  - Capacidad funcional (METS)
  - Isquemia
  - Clínica
- SPECT
- RMC

Un paciente con test de estrés de bajo riesgo puede ser dado de alta sin coronariografía.

@mi_cardiologo

Revascularización

2 stent-FA Dap/d

ACTP origen 1ª y 2ª Dx

Stent farmacoactivo

- La cirugía menor, la limpieza o extracción dentales pueden realizarse ***sin necesidad de suspender el tratamiento antiagregante.***

- **Se deben retrasar los procedimientos invasivos no urgentes con** posibilidad de sangrado importante a un mes en los pacientes tratados con stent de metal, y a doce meses en los pacientes tratados con stents farmacoactivos, en lugar de suspender la antiagregación.

- En los pacientes en que deba realizarse alguna intervención que obligue a parar la antiagregación con Clopidogrel, la Aspirina debe mantenerse y el Clopidogrel debe restablecerse tan pronto como sea posible para evitar la trombosis del stents.

qxaapp.secardiologia.es

QxAApp

QxAApp

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

qxaapp.secardiologia.es

Fármacos

¿Qué fármacos está tomando el paciente?

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

- Dabigatrán
- Rivaroxabán
- Apixabán
- Edoxabán
- Acenocumarol
- Warfarina

TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE

- Aspirina
- Ticagrelor
- Clopidogrel
- Prasugrel

CONTINUAR

Cirugía Urgente

¿Es una cirugía urgente?

Sí | No

Intervenciones

ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Buscar...

- Alveoloplastia / vestibuloplastia/excisión de tejidos blandos.
- Artograma de la articulación témporo-mandibular.
- Artroplastia/reconstrucción articulación temporomandibular
- Cirugía pre-protésica
- Cirugías periodontales resectivas, regenerativas o mucogingivales.
- Colocación convencional de implantes.
- Excisión de tumor maligno intraóseo ≥ 1,25 cm
- Exploración dental
- Exploración periodontal (sondaje)
- Extirpación de tumoraciones o quistes (excepto malignos intraóseos > 1,25 cm)

Intervenciones

- tejidos blandos.
- Artograma de la articulación témporo-mandibular.
- Artroplastia/reconstrucción articulación temporomandibular
- Cirugía pre-protésica
- Cirugías periodontales resectivas, regenerativas o mucogingivales.
- Colocación convencional de implantes.
- Excisión de tumor maligno intraóseo ≥ 1,25 cm
- Exploración dental
- Exploración periodontal (sondaje)
- Extirpación de tumoraciones o quistes (excepto malignos intraóseos > 1,25 cm)
- Extracciones dentarias (convencionales o quirúrgicas)
- Frenectomía

Riesgo hemorrágico: Bajo

CONTINUAR

@mi_cardiologo

qxaapp.secardiologia.es

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Riesgo tromboembólico

Fibrilación auricular

CHA_2DS_2-VASc

- [ ] Insuficiencia cardíaca
- [ ] Hipertensión
  Presión arterial constantemente por encima de 140/90 mmHg (o hipertensión tratada en la medicación).
- [ ] Edad >= 75 años
- [ ] Diabetes Mellitus
- [ ] ACV o AIT previo o tromboembolismo
- [ ] Enfermedad vascular
  Enfermedad arterial periférica, infarto de miocardio, placa aórtica, etc.
- [ ] Edad 65-74 años
- [ ] Sexo femenino

Resultado: 0

Riesgo tromboembólico

- [x] Insuficiencia cardíaca
- [x] Hipertensión
  Presión arterial constantemente por encima de 140/90 mmHg (o hipertensión tratada en la medicación).
- [x] Edad >= 75 años
- [ ] Diabetes Mellitus
- [x] ACV o AIT previo o tromboembolismo
- [ ] Enfermedad vascular
  Enfermedad arterial periférica, infarto de miocardio, placa aórtica, etc.
- [ ] Edad 65-74 años
- [ ] Sexo femenino

Resultado: 6

OTRAS OPCIONES

Riesgo tromboembólico: Moderado

CONTINUAR

Riesgo trombótico

Intervención coronaria percutánea + stent metálico / stent farmacoactivo / balón liberador de fármaco, cirugía de revascularización

- [ ] < 6 meses
- [x] 6-12 meses
- [ ] > 12 meses

Intervención coronaria percutánea + stent metálico / stent farmacoactivo / balón liberador de fármaco o cirugía de revascularización + uno de los siguientes factores de riesgo: ictus / accidente isquémico transitorio previo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, intervención coronaria percutánea compleja (stents largos, múltiples,

Riesgo tromboembólico: Moderado

CONTINUAR

@mi_cardiologo

qxaapp.secardiologia.es

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Resumen

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE | TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE

Fármaco: Rivaroxabán

Riesgo hemorrágico: Bajo

Riesgo tromboembólico: Moderado

Para continuar, elige una de estas opciones.

CICr:

15-30 >= 30

CONTINUAR

Resumen

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE | TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE

Fármacos: Aspirina, Clopidogrel

Riesgo hemorrágico: Bajo

Riesgo trombótico: Moderado

Para continuar, elige una de estas opciones.

¿Prevención primaria?

Sí No

¿Cirugía diferible?

Sí No

CONTINUAR

Conclusiones

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE | TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE

La intervención puede realizarse sin suspender el tratamiento anticoagulante en caso de extracción dentaria simple (1-2 piezas).

La intervención es un procedimiento de bajo riesgo en que la posible hemorragia es clínicamente poco importante o asumible por el operador. Esta decisión ha de consensuarse siempre con el equipo quirúrgico / intervencionista.

En caso de suspender el anticoagulante:

La última dosis de Rivaroxabán será **2 días** antes de la intervención.

No es preciso terapia puente.

Reanudación

Se debe reanudar el tratamiento **24h** tras la intervención.

REINICIAR

@mi_cardiologo

Guión

- Datos a tener en cuenta del informe de alta
- Tratamiento y seguimiento
- Unidad de prevención y rehabilitación cardiovascular.

Guión

- Datos a tener en cuenta del informe de alta
- Tratamiento y seguimiento
- Unidad de prevención y rehabilitación cardiovascular.

Cambios en el estilo de vida

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Consejo anti-tabaco que corresponda
- Reducción de ingesta excesiva de alcohol
- Control del peso (IMC<25, cintura <94 cm o <80)
- Ejercicio físico (≥30-45 min/día 4-5 días
- Reducción de la ingesta de sal
- Aumento de ingesta de verduras y frutas
- Reducción de ingesta grasas saturadas/totales

@mi_cardiologo

ESH/ESC

Alimentación y ECV

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Frecuencia de consumo	Diario	3 veces por semana como máximo	Desaconsejado u ocasional
Grasas comestibles	Aceite de oliva, preferentemente virgen	Margarina	Freír con aceites de semillas
Huevos	Huevos enteros en cualquier preparación culinaria	Pacientes con diabetes	
Pescado[a]	Azul o blanco	Marisco	Pescado en salazón, ahumados
Carnes[b]	Volatería y conejo	Carnes rojas magras	Carnes procesadas y embutidos
Productos lácteos	Leche y yogur semidesnatados o desnatados (sin azúcar). Quesos frescos	Leche y yogur enteros (sin azúcar). Quesos curados	Mantequilla, nata. Quesos curados en pacientes hipertensos
Legumbres y cereales	Cereales integrales, legumbres	Arroz, pasta	Cereales de harina refinada
Frutos secos y cacahuetes	Crudos (30 a 45 g)	Tostados	Salados
Chocolate	Negro con cacao $\geq$ 70%	Negro con cacao < 70%	Chocolate con leche y blanco
Café y té	Té sin limitación. Café hasta 5 diarios, sin azúcar		

@mi_cardiologo

https://doi.org/10.1016/j.arteri.2018.06.005

Alimentación y ECV

Frutas, verduras, féculas	4-5 raciones combinando los distintos tipos de frutas y verduras	Alimentos ricos en féculas (patatas)	Zumos de fruta comerciales y patatas fritas comerciales
Bebidas alcohólicas	Limitar a 30 g de alcohol en hombres bebedores y 15 g en mujeres. Preferentemente bebidas fermentadas (vino, cerveza) con las comidas		No aconsejable en los no bebedores
Productos con azúcares añadidos			Evitar cualquier alimento con azúcar añadido
Preparación de los alimentos[c]	Preferiblemente cocidos, a la plancha o rehogados.	Alimentos fritos en aceite de oliva virgen	Evitar ahumados, procesados y fritos con aceites refinados
Sal	Entre 2,5 y 4 g diarios		Salazones

https://doi.org/10.1016/j.arteri.2018.06.005

Antiagregantes

- **Aspirina:** Tratamiento cónico de elección. Clopidogrel en caso de intolerancia o contraindicación.
  - Dosis habitual 100 mg/ día.
  - En SCA utilizar dosis de carga 300 mg oral.
  - En caso de hipersensibilidad valorar técnicas de desensibilización.
- **DOBLE ANTIAGREGACIÓN:** 0-12 meses tras SCA y/ o ICP
  - AAS + Clopidogrel
  - AAS + Prasugrel
  - AAS + Ticagrelor

Betabloqueantes

- Reducen la mortalidad y los reinfartos
- Todos los pacientes sin contraindicación
  - Lo más selectivo posible (bisoprolol) (10 mg)
  - Alfa-beta si claudicación intermitente (carvedilol) (25 mg cada 12 horas)
  - Nebivolol en >65 años con insuficiencia cardiaca (10 mg)

Habitualmente son dados de alta con dosis bajas, es muy importante titular para conseguir una Fc entre 50-60 lpm

Contraindicaciones de BB

- Hiperreactividad bronquial
- BAV de alto grado (2º o 3er grado)
- Disfunción sinusal
- Bradicardia significativa antes de iniciar el tratamiento (FC < 50-55 lpm)
- Arteriopatía periférica sintomática en reposo.
- Diabetes mellitus de difícil control.

IECAS

- Estudios demuestran mayor reducción de episodios adversos. SCACEST en todos
- Sobretodo en pacientes con HTA (>50%)

ARA-2

- Si intolerancia a los IECAS (20%):
  - Valsartan y candesartan si ICFED
  - Telmisartan en todos los casos (ONTARGET)

Habitualmente son dados de alta con dosis bajas, es muy importante titular para llegar a la máxima dosis efectiva

Bloqueo de la Aldosterona

El bloqueo de la aldosterona (espironolactona o eplerenona) en pacientes con SCACEST sin alteración renal significativa ni hiperkaliemia está recomendado sin ya están recibiendo IECAS y betabloqueantes , tienen una FE <40% y tienen diabetes o insuficiencia cardiaca.

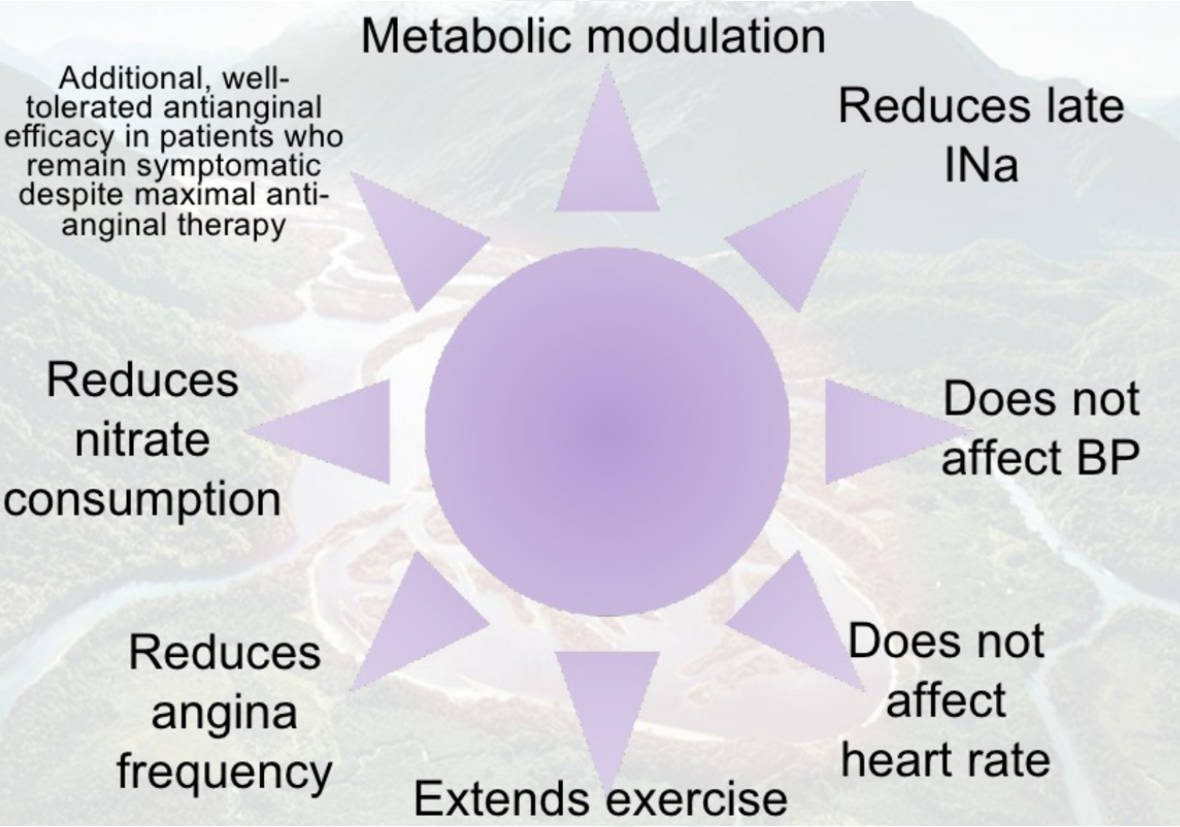
Vacunación de la Gripe

Todos los pacientes con enfermedad cardiovascular deben ser vacunados contra la gripe.

Antianginosos

- Nitratos
  - Si existe revascularización incompleta o clínica anginosa. (comprimidos o parches)
- Calcioantagonistas
  - Como alternativa a los betabloqueantes en pacientes sin IC (**diltiacem**)
  - Dihidropiridínicos (amlodipino)
- Ranolazina
- Inhibidor selectivo de la corriente If:
  - **Ivabradina**

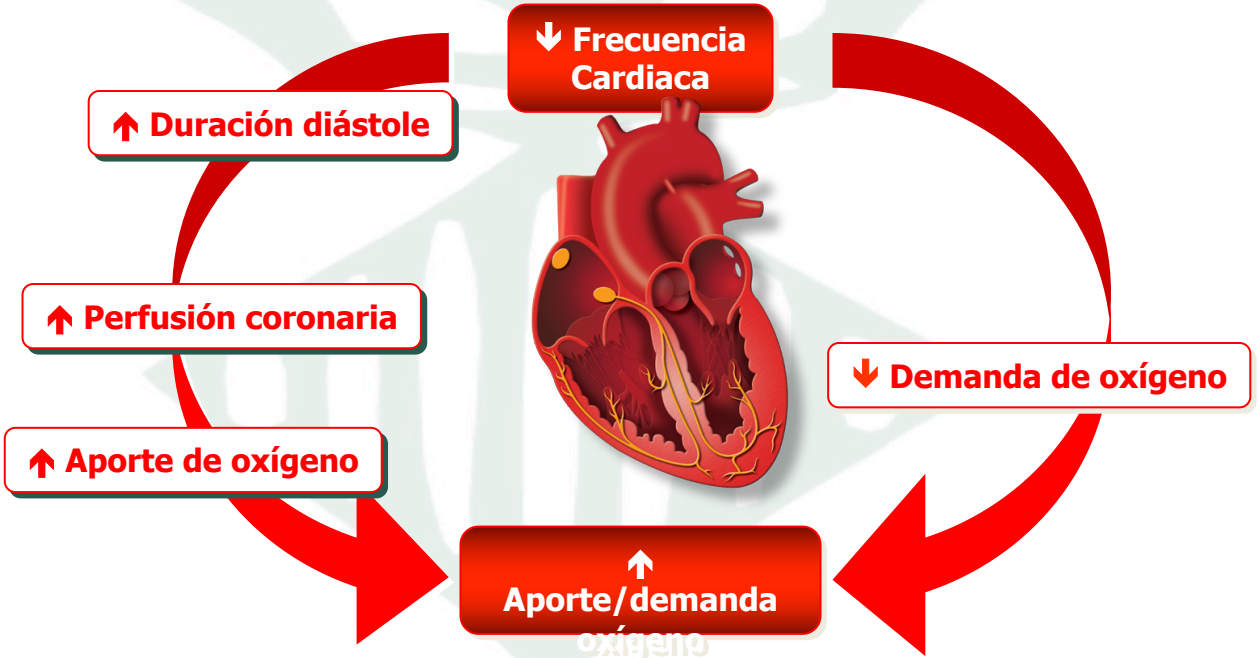
Ranolazina



CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Reducción exclusiva de la frecuencia cardiaca

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

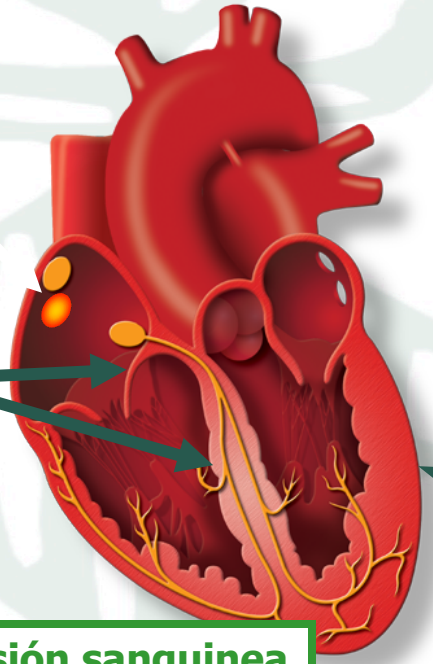


@mi_cardiologo

Palatini P. Eur Heart J supplements. 1999 (Suppl B):B3-B9

Reducción exclusiva de la frecuencia cardiaca

Inhibición I_f selectiva y específica



Preserva la conducción auriculo-ventricular[2]

Preserva el flujo y la presión sanguinea

Preserva la contractilidad miocárdica[1]

1. Simon L et al. J Pharmacol Exp Ther. 1995.
2. Vilaine JP et al. J Cardiovasc Pharmacol. 2003;42:688-696.

Escala de tratamiento farmacológico de los sintomas musculoesqueléticos en pacientes con ECV o con F.R para C.I

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Paracetamol, AAS, tramadol, analgesicos narcóticos (poco tiempo)
- Salicilatos no acetilados

- AINES no COX-2 selectivos
- AINES con cierta actividad sobre COX-2
- AINES COX-2 selectivos

Seleccionar pacientes con riesgo bajo de episodios trombóticos.

Prescribir la dosis más baja para el control de síntomas.

Añadir AAS y IBP en los pacientes con riesgo de episodios trombóticos.

- Monitorización asidua de PA, edemas, emperoramiento de la función renal o hemorragia G-I.
- Si ocurre algo de esto, considerar la reducción de la dosis o retirar el tratamiento, cambiandolo por otro fármaco o por otra modalidad terapeutica.

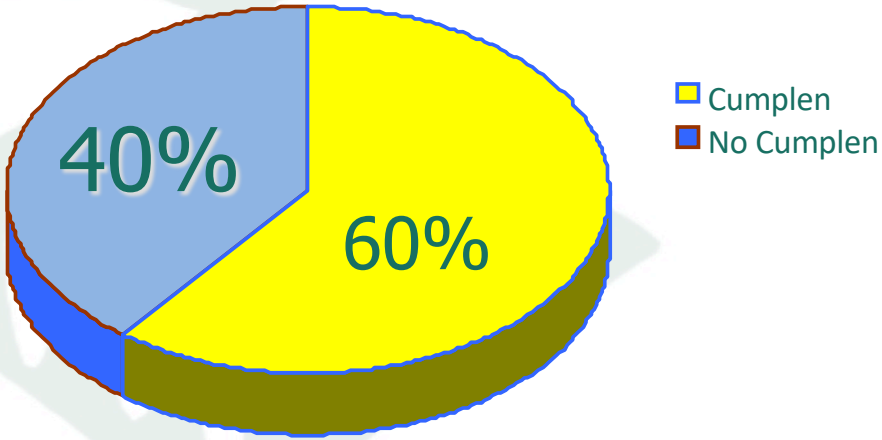
@mi_cardiologo

Antman EM, et al. *J Am Coll Cardiol 2008.* Published ahead of print on December 10, 2007. Available at http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/j.jacc.2007.10.001.

Cumplimiento terapéutico

Prevalencia del incumplimiento

Estudios de Incumplimiento Terapéutico en HTA en España



17 estudios

n = 2.313 pacientes

E.Márquez, et al. Hipertensión 2002; 19:12

Guión

- Datos a tener en cuenta del informe de alta
- Tratamiento y seguimiento
- Unidad de prevención y rehabilitación cardiovascular.

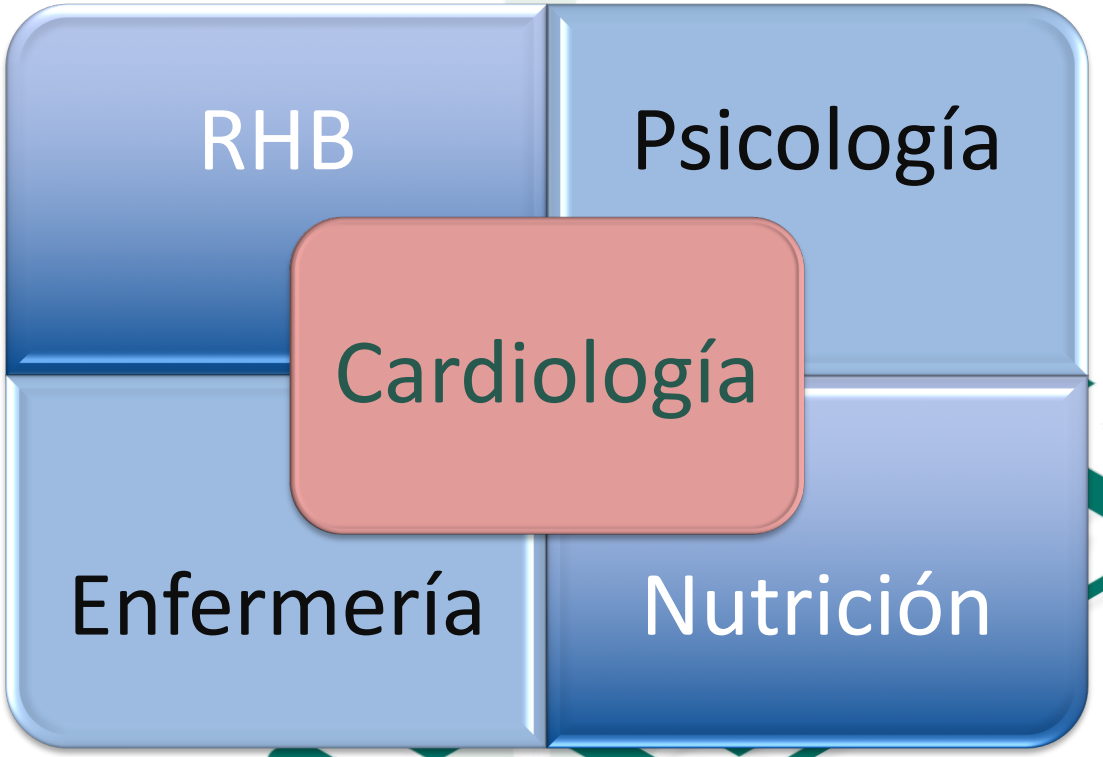
Prevención y RHB CV

Disminuye la morbi-mortalidad cardiovascular

Mejora la calidad de vida

Facilita la reinserción social y laboral

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



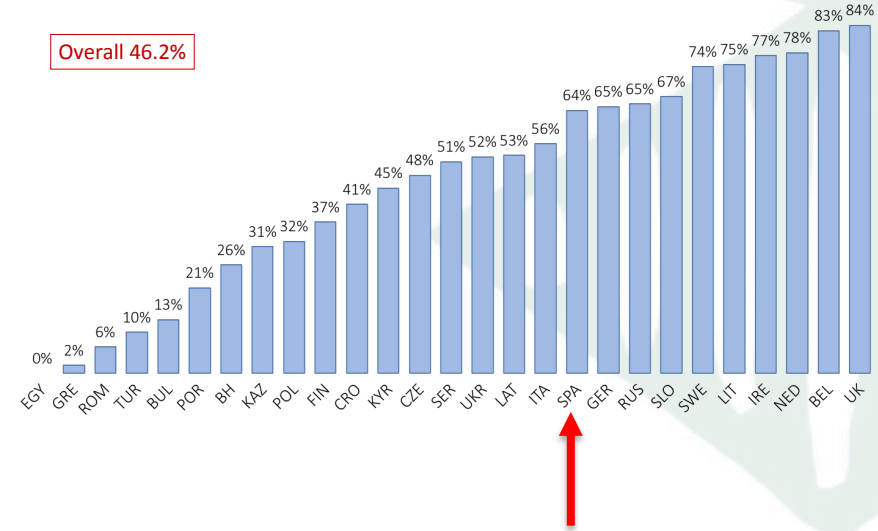
@mi_cardiologo

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

EUROASPIRE V

Advised to follow a cardiac prevention or rehabilitation programme

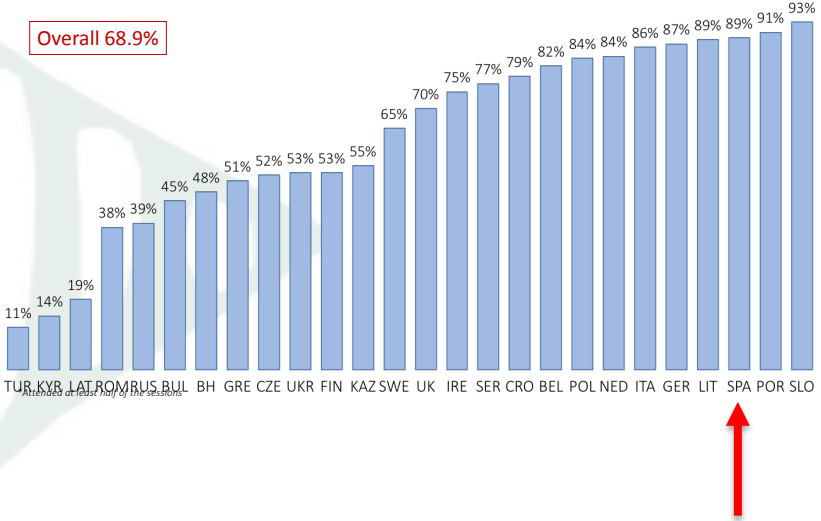
ESC European Society of Cardiology



EUROASPIRE V

Attendance* to cardiac prevention or rehabilitation programme if advised

ESC European Society of Cardiology



@mi_cardiologo

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

mimocardio

mima tu corazón

@mi_cardiologo

Paciente

mimocardio
mima tu corazón

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

@mi_cardiologo

La Web: Estructura

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

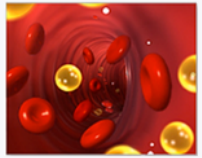
Mimocardio | Pacientes | Profesionales

¿Por qué me ha pasado esto? Factores de Riesgo

Tabaco

Obesidad

Sedentarismo


Colesterol

HTA

Diabetes

¿Cómo evito que me vuelva a pasar? Soluciones

Stop Tabaco

Dieta

Ejercicio

Objetivos de Salud

Medicamentos

Revisiones

@mi_cardiologo

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

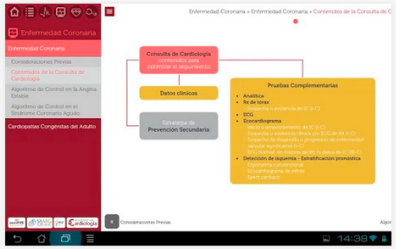
Gestión pacientes amb. Cardio

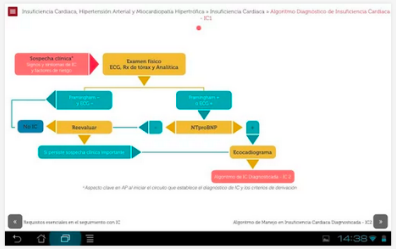
Menarini España - 22 de enero de 2014
Medicina

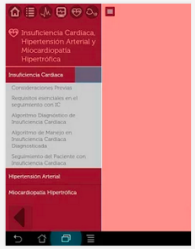
Instalada

Esta aplicación es compatible con algunos de tus dispositivos.

+1 Recomendar esto en Google



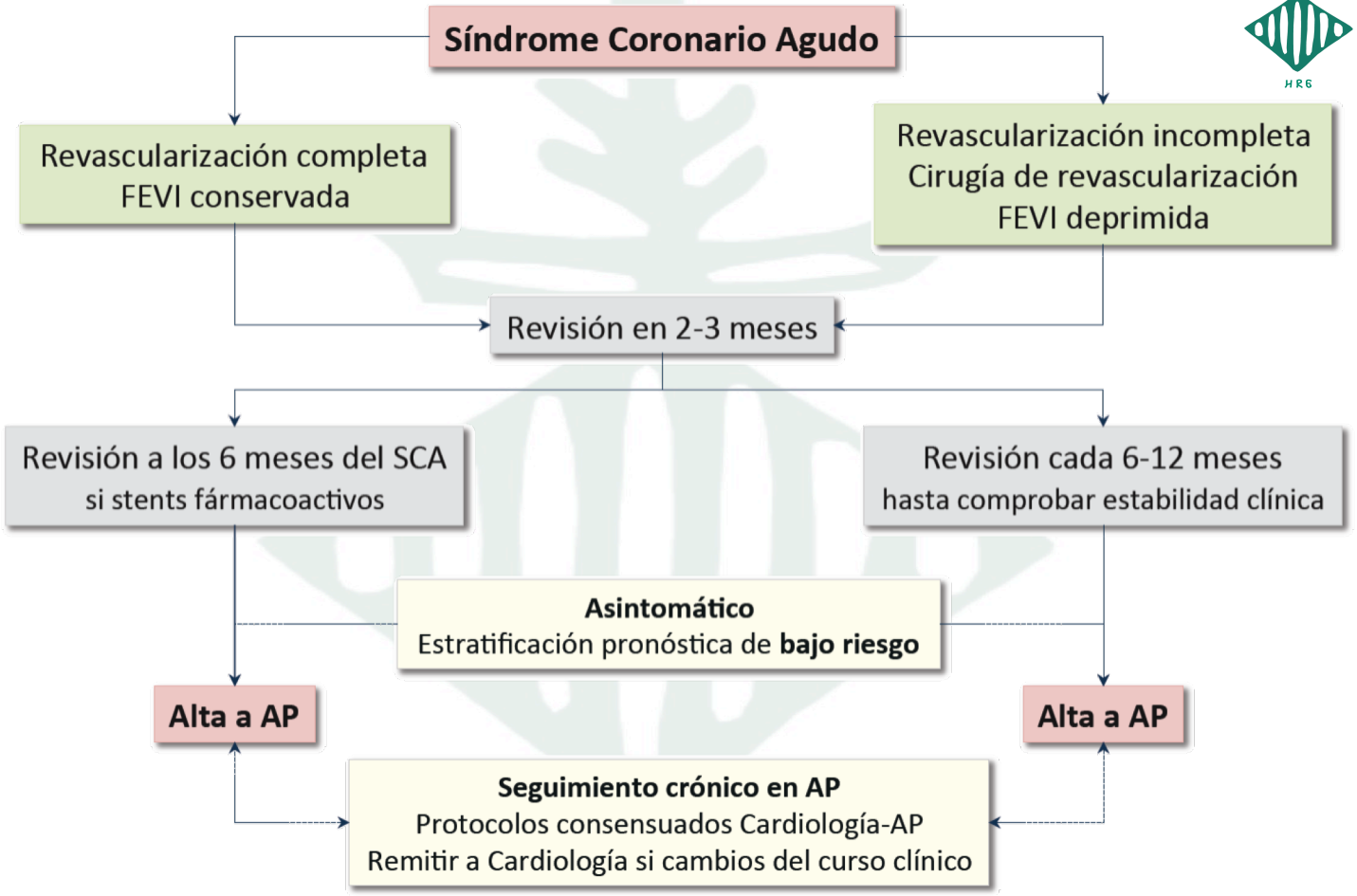




Descripción

Aplicación que desde la Sociedad Española de Cardiología tiene por objetivo consensuar aspectos de práctica clínica ambulatoria en cardiología en los que, la medicina basada en la evidencia no ofrece respuesta.
Esta app gratuita ha sido creada para dar un paso más en las denominadas nuevas tecnologías de aproximación, facilitando, así, el acceso a la información y servicios en cualquier momento y desde cualquier lugar. Estos contenidos dirigidos por los Dres. Domingo Marzal, Luís Rodríguez y Vicente Bertomeu han supuesto el trabajo y la coordinación de más de 70 médicos. El material está avalado por las Sociedades SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), SEMG (Sociedad Española de Medicina General), SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) y SEC (Sociedad Española de Cardiología) y ha sido posible gracias al patrocinio de Grupo Menarini España.

@mi_cardiologo


Síndrome Coronario Agudo
Revascularización completa
FEVI conservada
Revascularización incompleta
Cirugía de revascularización
FEVI deprimida
Revisión en 2-3 meses
Revisión a los 6 meses del SCA
si stents fármacoactivos
Revisión cada 6-12 meses
hasta comprobar estabilidad clínica
Asintomático
Estratificación pronóstica de bajo riesgo
Alta a AP
Alta a AP
Seguimiento crónico en AP
Protocolos consensuados Cardiología-AP
Remitir a Cardiología si cambios del curso clínico

Angina Estable

Revisiones cada 1-3 meses
hasta conseguir el **mejor control de la angina**

Persiste Angina
Revisiones cada 6-12 meses según
- FEVI
- Extensión enfermedad coronaria
- Clase funcional
- Participación atención primaria

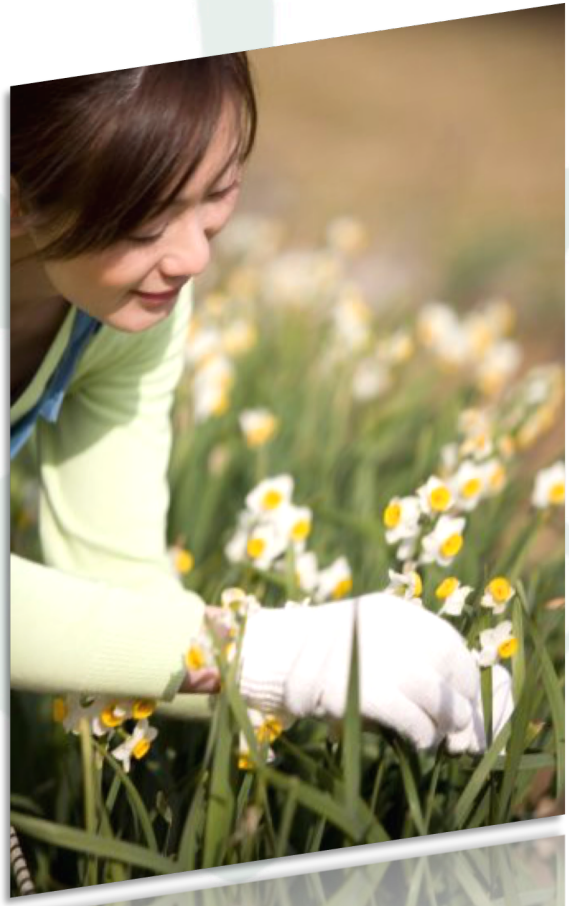
Asintomático
Estratificación pronóstica de bajo riesgo

Alta a AP

Seguimiento crónico en AP
Protocolos consensuados cardiología-AP
Remitir a cardiología si cambios del curso clínico

Pacientes asintomáticos con enfermedad coronaria demostrada

CARDIOLOGIA
CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



@mi_cardiologo