



SEC-AP

Proceso Síndrome Coronario
Crónico

Versión III, septiembre 2021

SEC-PRIMARIA. Proceso Síndrome Coronario Crónico

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma

Comité SEC-AP. Síndrome Coronario Crónico

- **Coordinador SEC-AP:** Rafael Hidalgo Urbano. Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla.
- **Coordinador SEC-Calidad: Andrés Íñiguez Romo.** Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo, Pontevedra)
- **Grupo de Trabajo sobre Síndrome Coronario Crónico:**
 - **Coordinadora:** Almudena Castro Conde. Hospital Universitario La Paz, Madrid
 - **Coordinador:** Juan Cosin Sales. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia
 - M^a Rosa Fernández Olmo. Hospital Universitario de Jaén
 - Regina Dalmau González-Gallarza. Hospital Universitario La Paz. Madrid
 - Jose M^a Gamez Martínez. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca
 - Luis Egidio Flores. Centro de Salud Villablanca. Madrid
 - Pedro García Ramos. Centro de Salud Oeste. Don Benito. Badajoz
 - María Seoane Vicente. Departamento de Salud de Torrevieja
- **Presidente de la SEC:** Ángel Cequier Fillat.
- **Secretaría Técnica:** Francisco Javier Elola Somoza.
- **Secretaría Administrativa:** Laura Pérez (SEC. Fundación Casa del Corazón).

Índice

1. Proceso SEC-AP Síndrome Coronario Crónico	5
2. Ruta asistencial del paciente con Síndrome Coronario Crónico (SCC)	5
2.1. Entrada al proceso	5
2.2. Desarrollo del proceso	6
2.3. Seguimiento y criterios de salida del proceso.....	7
2.4. Criterios de derivación desde atención primaria a cardiología de pacientes con SCC	8
3. Recomendaciones específicas para el paciente con SCC y Diabetes Mellitus	9
4. Importancia de la hipercolesterolemia familiar (HF) en el paciente con SCC	11
5. Contenidos mínimos del Informe de alta de un paciente con SCC	12
Referencias.....	14
Anexo 1. Informe de alta hospitalaria en pacientes con síndrome coronario agudo	15
Tablas	
Tabla 1. Recomendaciones sobre pruebas diagnósticas en el síndrome coronario crónico	6...
Tabla 2. Paciente con SCC y Diabetes Mellitus. Recomendaciones de Estilo de Vida	10
Tabla 3. Recomendaciones para el manejo del paciente con cardiopatía isquémica e hipercolesterolemia	11
Tabla 4. Informe de alta	12
Figuras	
Figura 1. Flujo de pacientes en ruta asistencial SCA y SCC	9

1. Proceso SEC-AP Síndrome Coronario Crónico

El Proceso SEC-AP Síndrome Coronario Crónico (SCC), está integrado por dos instrumentos de gestión clínica:

- Ruta asistencial del paciente con SCC.
- Contenidos mínimos del informe de alta hospitalaria y de la consulta de Cardiología.

El contenido de este proceso incluye a todo paciente con cardiopatía isquémica, desde el alta hospitalaria por un síndrome coronario agudo (SCA) hasta aquel paciente diagnosticado en consulta, por lo que unifica los procesos previos de SCA y cardiopatía isquémica estable. Con el interés de unificar distintos procesos y hacerlo más sencillo, y dado que parte fundamental del seguimiento de estos pacientes será la optimización en el control de los factores de riesgo cardiovascular, hemos incluido también los procesos de hipercolesterolemia familiar y diabetes mellitus, que previamente aparecían como procesos separados.

2. Ruta asistencial del paciente con Síndrome Coronario Crónico (SCC)

La base de este proyecto es mejorar la estrategia organizativa y de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, y los profesionales que los integran, en relación con la asistencia a los pacientes con SCC. En la figura 1 se muestra el flujo de pacientes en la ruta asistencial del SCA y el SCC.

2.1. Entrada al proceso

El proceso comienza cuando se incluye a un paciente en la vía de la consulta externa, cuando reúne alguno de los siguientes criterios:

- Tras SCA (desde el ingreso hospitalario).
- Tras intervencionismo coronario percutáneo (desde hemodinámica).
- Tras cirugía de revascularización coronaria (desde el alta de cirugía cardíaca).
- Revascularización coronaria incompleta.
- Decisión de manejo conservador en pacientes con dolor torácico o disnea con isquemia inducible en la prueba de detección de isquemia
- Angina estable.
- Asintomáticos con enfermedad coronaria en cribado o con isquemia silente.
- Angina vasoespástica y enfermedad microvascular.

2.2. Desarrollo del proceso

Se deberá realizar en todos los pacientes con sospecha de SCC, un estudio básico que incluirá un ECG, un análisis sanguíneo y en algunos casos una Rx de tórax.

En la tabla 1 se resume las recomendaciones de la SEC y de las Guías de práctica clínica en relación con las pruebas diagnósticas.

Tabla 1. Recomendaciones sobre pruebas diagnósticas en el síndrome coronario crónico

Recomendaciones para la realización de pruebas complementarias
Análisis sanguíneo para la evaluación de pacientes incluidos en el proceso, con cardiopatía isquémica (sospechada o confirmada), y la optimización del tratamiento médico.
Hemograma completo con recuento celular y hemoglobina.
Creatinina, tasa de filtrado glomerular, microalbuminuria
Perfil lipídico: Colesterol total, LDL, colesterol no HDL (especialmente si TG>400 mg/dl), HDL, Lipoproteína (a) (al menos, una), triglicéridos
Glucemia en ayunas y Hb A1c; test de tolerancia oral a la glucosa si la glucemia o la HbA1c no son concluyentes.
Función tiroidea en caso de sospecha de alteración tiroidea.
Función hepática tras 8-12 semanas de iniciarse el tratamiento con estatinas.
Creatinquinasa en pacientes tratados con estatinas y síntomas sugestivos de miopatía.
BNP/NT-proBNP en pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca.
Control anual de lípidos, metabolismo de la glucosa y función renal en todos los pacientes con SCC.
Radiografía de tórax
Pacientes con presentación atípica, sospecha de insuficiencia cardíaca o de enfermedad pulmonar.
Electrocardiograma
En pacientes con sospecha de EC y dolor torácico.
Durante o tras un episodio de angina sospechoso de inestabilidad.
En todos los pacientes en la 1ª visita y consultas de seguimiento.
Control de la presión arterial
Con la periodicidad que acredite un control suficiente
Ecocardiograma
En todos los pacientes en el estudio inicial para descartar otras causas de angina, identificar alteraciones regionales de la motilidad, medir la FEVI y analizar la función diastólica.
Si disfunción VI basal ⇒ Entre los 1 y 3 meses postrevascularización.
Prueba de esfuerzo
Para evaluar tolerancia al ejercicio, síntomas, arritmias, respuesta de la presión arterial y riesgo de eventos para pacientes seleccionado
Se puede considerar como prueba alternativa para el diagnóstico de la EC cuando no se disponga de pruebas de imagen no invasivas y en pacientes con tratamiento para evaluar el control de los síntomas y la isquemia (ambas indicaciones clase IIb)
Pruebas de imagen (Ecocardiograma, CRM o SPECT de estrés o TC) en el paciente con sospecha de CI
Se recomienda el uso de pruebas no invasivas de imagen funcional para detectar isquemia miocárdica o ATC para el diagnóstico inicial de EC en pacientes sintomáticos en los que no se puede descartar EC por la evaluación clínica (indicación clase I)
Holter
Pacientes con SCC y sospecha de arritmias.

Recomendaciones para la realización de pruebas complementarias

Puede ser útil en pacientes con sospecha de angina vasoespástica.

EC: Enfermedad Coronaria.

Fuente: SEC AP CI estable. J. Knuuti et al. GPC SCC. Rev Esp Cardiol. 2020;73(6):495.e1–495.e6

2.3. Seguimiento y criterios de salida del proceso

En todos los supuestos de SCC, los pacientes deberían realizar un **programa de rehabilitación cardíaca** para mejorar los estilos de vida y el control de los factores de riesgo cardiovascular, fundamentalmente tras SCA para disminuir la morbimortalidad.

Grupos que reúnen los criterios 1-3 (tras SCA y tras revascularización)

- Si no se dispone de RHC, se debe intentar derivar a un centro hospitalario que sí la tenga o en su defecto, se hará: 1ª consulta a los 2-3 meses y a los 12 meses. Después:
 - Asintomático con FEVI normal --> seguimiento por Atención Primaria.
 - Síntomas sugestivos de isquemia --> prueba de detección de isquemia y/o coronariografía + cita en consulta de cardiología.
 - Disfunción sistólica:
 - ✓ FEVI < 35% post IAM, con revascularización completa y tratamiento médico óptimo (TMO) --> considerar DAI y seguimiento por cardiología (según el centro, remitir a consulta de IC).
 - ✓ FEVI 35-50% (sin más opciones de revascularización) --> revisión en cardiología cada 6-12 meses.

Grupo 4 (revascularización coronaria incompleta)

- 1ª consulta a los 2-3 meses y a los 12 meses. Después:
 - A los 12 meses asintomático con prueba de detección de isquemia:
 - ✓ Negativa o de buen pronóstico --> seguimiento por Atención Primaria.
 - ✓ Riesgo intermedio --> optimizar TMO --> revisión en cardiología a los 6-12 meses.

- A los 12 meses sintomático con prueba de detección de isquemia positiva y de mal pronóstico --> determinar opciones de revascularización y coronariografía.

Grupo 5 (dolor torácico e isquemia)

- Prueba de isquemia de buen pronóstico y paciente estable al año --> seguimiento por Atención Primaria.
- Prueba de isquemia de mal pronóstico --> coronariografía y plantear opciones de revascularización.

Grupo 6 y 7 (angina estable; asintomáticos con enfermedad coronaria en cribado o con isquemia silente)

- Asintomático con FEVI normal y prueba de isquemia negativa --> seguimiento por Atención Primaria.
- Síntomas sugestivos de isquemia --> Prueba de isquemia --> Mal pronóstico --> coronariografía y plantear opciones de revascularización.
- Disfunción sistólica:
 - FEVI < 35% post IAM, con revascularización completa y tratamiento médico óptimo (TMO) --> considerar DAI (según el centro, remitir a consulta de IC).
 - FEVI 35-50% (sin más opciones de revascularización) --> revisión en cardiología cada 6-12 meses.

Grupo 8 (angina vasoespástica y angina microvascular)

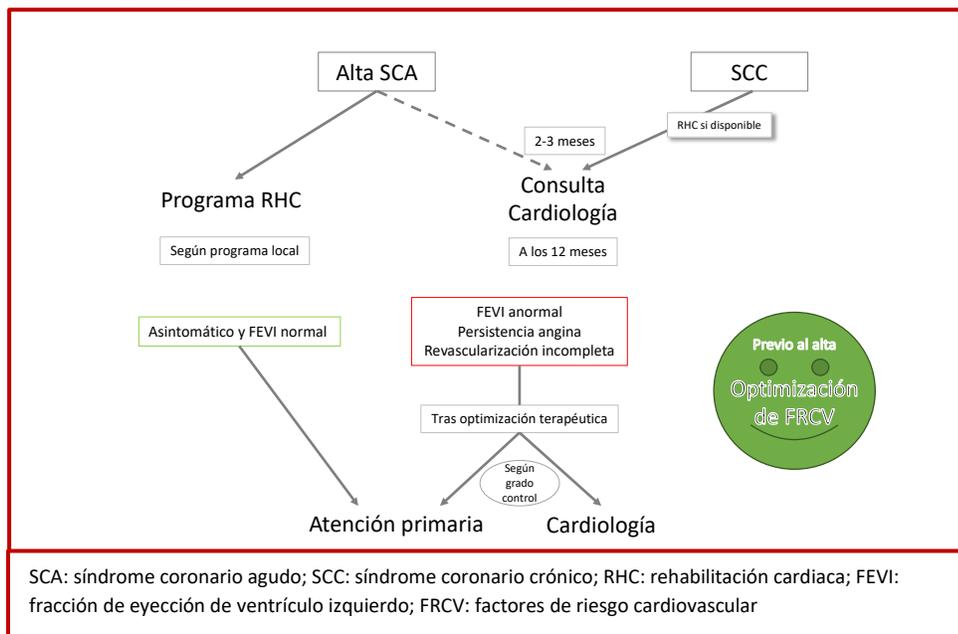
- Seguimiento mientras el paciente presente clínica de angina no controlada.

2.4. Criterios de derivación desde atención primaria a cardiología de pacientes con SCC

- Disnea de nueva aparición o empeoramiento de su grado funcional basal no secundario a causa no cardiológica
- Dolor torácico de nueva aparición o empeoramiento de su angina habitual ya sea por disminución de umbral o aumento de frecuencia de los episodios

- Palpitaciones con sospecha de fibrilación auricular o taquicardia supraventricular paroxística o ventricular: remitir a consulta preferente o a urgencias según tiempos de espera de cada área asistencial.
- Síncope de perfil cardiogénico: remitir a urgencias

Figura 1. Flujo de pacientes en la ruta asistencial del SCA y el SCC



3. Recomendaciones específicas para el paciente con SCC y Diabetes Mellitus

En el paciente con enfermedad coronaria, se debe considerar la DM2 dentro de un contexto de riesgo continuo de estos pacientes de desarrollar insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad renal diabética (ERD) y progresión de su aterosclerosis que derivará en eventos cardiovasculares mayores (MACE: muerte CV, IAM o ictus no fatal) y en otros fenómenos aterotrombóticos como son la hospitalización por angina inestable o necesidad de nueva revascularización. Este riesgo es minimizado por los fármacos señalados en la tabla 2, que han demostrado de forma contundente su beneficio cardiovascular y renal de forma global, a través de diferentes mecanismos de acción.

Algunos de ellos actúan más en la prevención y tratamiento de la IC o ERD y otros más sobre la prevención de nuevos eventos aterotrombóticos. Por tanto, se pretende recomendar la elección de los fármacos más beneficiosos según el perfil del paciente a tratar.

Recomendamos también la misión de “des-prescribir” fármacos antidiabéticos con potencial efecto deletéreo sobre el paciente coronario como pueden ser sulfonilureas o glitazonas, y desaconsejar, incluso evitar en lo posible, el uso de AINES. Al igual que aquellos que no producen beneficio cardiovascular ni renal como los inhibidores DPP-4 o glinidas, en aras de pautar a los pacientes los que sí han demostrado este beneficio.

Tabla 2. Paciente con SCC y Diabetes Mellitus. Recomendaciones generales

Paciente con SCC y Diabetes Mellitus. Recomendaciones de Estilo de Vida	
Abstención consumo tabaco	
Ejercicio físico: Intensidad moderada –vigorosa, combinado con ejercicios de fuerza \geq 150 min/semana	
Dieta mediterránea	
Restricción calórica en sobrepeso y obesidad	
Tratamiento Farmacológico	
Disminución Riesgo Cardiovascular	
Liraglutida, Dulaglutida y Semaglutida	
Empagliflozina y Canagliflozina	
Prevención y tratamiento Insuficiencia Cardíaca	
Empagliflozina, Canagliflozina, Dapagliflozina y Ertugliflozina	
Prevención y tratamiento Enfermedad Renal Diabética	
Empagliflozina, Canagliflozina y Dapagliflozina	
Obesidad	
Preferible semaglutida, dulaglutida, liraglutida	
Control metabólico	
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2)	
Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (AR-GLP1): semaglutida, dulaglutida, liraglutida	
Metformina	
Insulina basal: degludec, glargina con seguridad CV demostrada. Aunque en función de las comorbilidades se harán necesaria a veces combinaciones, de basal plus o bolo basal	

4. Importancia de la hipercolesterolemia familiar (HF) en el paciente con SCC

La HF tiene un impacto pronóstico en las personas portadoras que han sufrido un SCA o con SCC y también en su descendencia, por tanto, es fundamental el diagnóstico precoz. Pero en la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico se realiza en el momento del evento cardiovascular.

Consideramos importantes las recomendaciones de la tabla 3:

Tabla 3. Recomendaciones para el manejo del paciente con cardiopatía isquémica e hipercolesterolemia

Objetivo	Identificar los casos de HF
Sospecha clínica	Evento cardiovascular precoz (varón < 55 años y mujer < 60 años) cLDL > 190 mg/dl Historia familiar de cardiopatía isquémica precoz Historia familiar de dislipemia familiar Xantomas Arco corneal Lp (a) > 50 mg/dl y evento cardiovascular precoz
Objetivos	cLDL < 55 mg/dl y reducción del 50% del basal (IA)
Tratamiento	Estatina mayor dosis tolerada, si no se alcanzan objetivos combinar ezetimibe y posteriormente iPCSK9 (IC) Tratamientos específicos en función del tipo de HF
Informe al alta	Incluir posible diagnóstico clínico (Criterios clínicos -por ejemplo de la red de clínicas holandesas ⁹) Recomendar cribado familiar Recomendar estudio genético (>6 puntos) Indicar objetivos lipídicos Recomendar pautas de tratamiento
Ruta asistencial	Seguimiento compartido en función del riesgo de los casos (HF+) - Atención Primaria (casos con lípidos en objetivo, asintomáticos y con FEVI normal) - Atención Primaria – Cardiología (casos que precisen seguimiento específico por cardiología) - Atención Primaria – Cardiología – Unidad de Lípidos (casos que precisen tratamiento específico como LDL-aféresis entre otros)

5. Contenidos mínimos del Informe de alta de un paciente con SCC

El informe de alta es clave para garantizar una adecuada continuidad asistencial entre el cardiólogo y el médico de Atención Primaria (AP), además de ser una herramienta de comunicación con el paciente, y entre distintos estamentos asistenciales. Este hecho es vital en cualquier patología crónica ya que de esto depende el éxito en el logro y mantenimiento de los objetivos de salud. El informe de alta debe cumplir con la normativa establecida por el Real Decreto 69/2015 por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

El informe del cardiólogo del hospital o de la consulta debe exponer de una manera clara y concisa (tabla 4):

- La estabilidad de la cardiopatía: la presencia o no de síntomas.
- Los objetivos de Prevención Secundaria (PS):
 - Mantenimiento del estilo de vida adecuado:
 - ✓ Realización de ejercicio físico
 - ✓ Dieta mediterránea
 - ✓ Abstención absoluta de tabaco.
 - ✓ Los objetivos terapéuticos sobre los factores de riesgo cardiovascular: presión arterial, LDL, HA1C, etc
 - Recalcar la importancia de tomar la medicación como están prescrita (adherencia).
 - El tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica con el fin de guiar al Médico de Familia en la actitud que debe seguir con este paciente.

Tabla 4. Informe de alta

Síndrome coronario agudo: informe de alta	Síndrome coronario crónico: informe de seguimiento
Antecedentes	
<ul style="list-style-type: none">• Factores de riesgo CV• Antecedentes cardiológicos si procede.• Antecedentes hemorrágicos que puedan tener relevancia respecto al tratamiento antitrombótico.• Otras comorbilidades relevantes.• Antecedentes familiares de ECV• Medicación previa• Alergias.• Situación basal: clase funcional y de angina.	
Diagnóstico	

Síndrome coronario agudo: informe de alta	Síndrome coronario crónico: informe de seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de SCA • Procedimientos de revascularización realizados, número de vasos enfermos. Especificar si la revascularización fue completa o no. • Complicaciones durante el ingreso. • FEVI • Otros diagnósticos relevantes: valvulopatías significativas, arritmias, dispositivos... 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de enfermedad coronaria. • Número de vasos enfermos, tipo de revascularización realizada. • FEVI • Otros diagnósticos relevantes: valvulopatías significativas, arritmias, dispositivos...
Recomendaciones de estilo de vida	
<ul style="list-style-type: none"> • Abstención tabáquica, evitar ambientes cargados de humo. • Ejercicio: 30 minutos al día de ejercicio moderado • Dieta mediterránea • Vacunación antigripal anual, vacunación antineumocócica según perfil de riesgo. 	
Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento antitrombótico: especificar la duración de la doble o triple terapia antitrombótica según los casos. • Tratamiento hipolipemiente: especificar objetivo de control. • Tratamiento hipotensor: especificar pauta y objetivo de control. • Tratamiento antidiabético: especificar objetivo de control. Priorizar el uso de fármacos con beneficio CV. • Especificar necesidades de titulación si procede. • Debe revisarse la conciliación con la medicación previa y reforzarse la adherencia, especialmente para el tratamiento antiplaquetario post SCA. 	
Plan de seguimiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas o procedimientos pendientes (por ejemplo, ecocardiograma de control para estratificar riesgo). • Derivación a rehabilitación cardíaca • Control analítico a las 4-6 semanas del SCA para optimizar pauta hipolipemiente. • Revisión en consulta de Cardiología • Plan de seguimiento en Atención Primaria • Plan de reincorporación laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar si precisa seguimiento en Cardiología. • Plan de seguimiento en Atención Primaria

En el Anexo 1 se incluye una propuesta de informe preconfigurado de alta hospitalaria en pacientes con síndrome coronario agudo y crónico.

Referencias

1. Proceso Cardiopatía Isquémica Estable- SEC_Primary. Versión 25 de abril de 2017. https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/SEC_AP_Cardiopat%C3%ADa_Isqu%C3%A9mica_Estable.pdf
2. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: the task force for diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European society of cardiology ESC) Eur Heart J. 2020;41:407–477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425.
3. Roffi M, Patrono C, Collet JP et al (2016) 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of cardiology (ESC). Eur Heart J 37(3):267–315.
4. Piepoli, MF, Hoes, AW, Agewall, S, et al. 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). Eur Heart J 2016; 37: 2315–2381.
5. 2019 Guidelines on Diabetes, Pre-Diabetes and Cardiovascular Diseases developed in collaboration with the EASD. European Heart Journal 2020 (41): 255–323.
6. Temas de actualidad: Selección de lo mejor de 2020 en riesgo vascular y rehabilitación cardiaca REC: CardioClinics: DOI:10.1016/j.rccl.2020.11.005
7. Sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors in heart failure: beyond glycaemic control. A position paper of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2020 Sep;22(9):1495-1503
8. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk
9. Damgaard D, Larsen ML, Nissen PH, Jensen JM, Jensen HK, Soerensen VR, et al. The relationship of molecular genetic to clinical diagnosis of familial hypercholesterolemia in a Danish population. Atherosclerosis. 2005 May;180(1):155-60

Anexo 1. Informe de alta hospitalaria en pacientes con síndrome coronario agudo y crónico

Contenidos		Observaciones
1. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial		
1.1. Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.		Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
1.2. Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.		
1.3. Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.		
2. Identificación del paciente		
2.1. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.		Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
2.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).		
2.3. Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.		
3. Referidos al proceso asistencial		Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
3.1. Día, mes y año de admisión.		Los informes de alta recogen la fecha de ingreso y de alta en el hospital, incluyendo los traslados entre unidades asistenciales
3.2. Día, mes y año de alta.		
3.3. Motivo del alta: Por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro Centro para diagnóstico y/o tratamiento.		
3.4. Motivo inmediato del ingreso.		
3.5. Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Factores de riesgo cardiovascular. - Antecedentes cardiológicos si procede. - Comorbilidades que se consideren relevantes. - Antecedentes familiares de ECV. - Medicación previa - Alergias. - Clase funcional del paciente (tanto para la angina como para la disnea). 	
3.6. Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.	Descripción de los hallazgos más relevantes de las pruebas más significativas, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> - ECG. - Ecografía - Coronariografía 	
3.7. Diagnóstico principal.	<ul style="list-style-type: none"> - IAMCEST (IAM: I21.**; IAM subsiguiente: I22.**) - IAMSEST (IAM: I21.**; IAM subsiguiente: I22.**) - Complicaciones tras infarto (I23) - Angina inestable (I20.0, hay otros códigos para distintos tipos de angina - I20.**) - Otras enfermedades isquémicas agudas cardíacas (I24.**) 	“Síndrome coronario agudo” no es un diagnóstico
3.8. Otros diagnósticos, en su caso.	Incluir los relevantes para el seguimiento del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones durante el ingreso. - FEVI. Insuficiencia cardíaca - Otros diagnósticos relevantes: valvulopatías significativas, arritmias,.. 	

Contenidos		Observaciones
3.9. Procedimientos	<p>Coronariografía (sin/no): hallazgos (Número de arterias coronarias enfermas, si se realizó revascularización de las mismas (percutánea o quirúrgica) y si ésta fue completa o no y si en caso de que no lo fuese si se decidió revascularizar en un segundo tiempo o se decidió manejo conservador de esas lesiones). Variables SYNTAX.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bypass aortocoronario (variables relevantes para EUROSCORE) - Dispositivos de soporte ventricular - Otros dispositivos 	
3.10. Recomendaciones terapéuticas	<p>En todo paciente dado de alta hospitalaria por SCA se deben considerar las siguientes indicaciones terapéuticas, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acido acetil salicílico 	<ul style="list-style-type: none"> - Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación. - Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente. - Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo. - Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena,...), así como si alguno tiene una dosificación flexible (por ejemplo diuréticos en el paciente con insuficiencia cardiaca, de acuerdo al peso). - Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo AINEs en insuficiencia cardiaca).
	<ul style="list-style-type: none"> • Clopidogrel/prasugrel/ticagrelor 	<p>Doble antiagregación. Generalmente 12 meses, pudiendo considerarse 6 meses en poblaciones de alto riesgo hemorrágico especialmente con stents de última generación. Indicar si se debe modificar la duración.</p> <p>AAS menos de un mes en caso de triple terapia</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulación oral (en caso de indicación asociada) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • β-Bloqueantes (en pacientes con disfunción ventricular izquierda) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Estatinas alta intensidad a dosis máxima tolerada 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina / de bloqueantes de los receptores de angiotensina (en pacientes con disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca, hipertensión o diabetes) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación a un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca 	
	<p>Recomendaciones especiales en cuanto al tratamiento: frecuencia cardiaca con betabloqueantes; función renal e iones con IECA/ARA II/Antagonista de la aldosterona; transaminasas/CPK con estatinas, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicar si hay que titular algún fármaco y la dosis objetivo. - Si hay que realizar un ECG de control y cuándo, si hay que realizar una analítica específica y cuándo. 	
3.11. Objetivos terapéuticos específicos	<p>En todo paciente dado de alta hospitalaria por SCA se deben considerar los siguientes objetivos terapéuticos, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):</p>	

Contenidos		Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta: ingesta calórica y dieta cardiosaludable. Objetivo: índice de masa corporal (IMC) deber estar entre 20-25 kg/m2. • Dieta mediterránea 	<p>La dieta cardiosaludable, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Baja en sal - Pobre en grasas de origen animal y carnes rojas. - Basada en verduras y legumbres, fruta, aceite de oliva, pescados. - Los lácteos deben de ser desnatados. - Abstenerse de mantequillas, margarinas, embutidos, alimentos precocinados, comidas rápidas y “snacks”. - Utilizará aceite de oliva virgen extra para cocinar y condimentar. - Recomendaciones individuales según el paciente. - Si es diabético, evitará el pan, azúcar, dulces, patatas, arroz o pasta y limitar las frutas ricas en azúcares (uvas, melón, plátano).
	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física 	<p>En general (recomendaciones individuales según el paciente): Ejercicio físico regular. Empezar de forma progresiva. Al menos 150-300 minutos a la semana (o 30' al día) con intensidad moderada.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> •Vida socio-laboral. 	<p>En pacientes dados de alta por SCACEST en circunstancias normales podrá volver al trabajo a partir del segundo mes.</p> <p>Actividad sexual: Salvo contraindicación es posible reanudar esta actividad a partir de la segunda semana.</p> <p>Conducción de automóviles: Por ley, los primeros tres meses tras un infarto agudo de miocardio no podrán obtener ni renovar el permiso de conducción, ni deberá conducir. Si tiene un permiso profesional deberá realizarse antes una prueba de esfuerzo.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Abstención absoluta del tabaco. Evitar ambientes cargados de humo. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación antigripal anual (en Atención Primaria). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación antineumocócica a los mayores de 65 años o en caso de cardiopatía grave (en Atención Primaria). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial. <140/90. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente. En algunos pacientes este objetivo puede ser <130/80 mmHg, < 140 en caso de mayores de 70, si se tolera: <130 <p>Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial (fármacos a titular/añadir).</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca. <70 lpm. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente. Recomendaciones específicas en caso de frecuencia cardíaca elevada (fármacos a titular/añadir). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Lípidos. Colesterol LDL <55 mg/dL (o reducir al menos un 50% en pacientes con LDL basal <55 mg/dL y por tanto habrá que señalar la cifra objetivo). Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia (estatina ± ezetimiba ± inhibidores PCSK9). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes. Hemoglobina glicosilada (HbA1c), en general <7,0% o <6,5% si se logra con fármacos que no producen hipoglucemias, pero es necesario establecer objetivos individualizados 	
4. Calendario de visitas	Indicar si el paciente va a realizar programa de rehabilitación cardíaca.	

Contenidos		Observaciones
	Indicarla fecha de la primera visita al cardiólogo tras el alta hospitalaria.	
	Indicar la primera visita tras el alta con el médico de Atención Primaria, y si se requiere un seguimiento más estrecho del habitual con el paciente, señalando los motivos y explicando los objetivos de dichas visitas.	
	Si existe indicación de exploración diagnóstica o intervencionismo de la unidad de hemodinámica, o de revascularización quirúrgica, se debe programar (fecha de intervención e instrucciones).	
	Control analítico a las 4-6 semanas del SCA para optimizar pauta hipolipemiente.	
5. Apoyos de información al paciente y cuidador	http://www.fundaciondelcorazon.com	
	http://www.mimocardio.org	
	Pág. Web de la unidad de cardiología (si disponible)	
	Asociaciones de autoayuda	