

Guía de Práctica Clínica de los Síndromes Coronarios Agudos Sociedad Europea de Cardiología ESC2023

M^a Luz Capote Toledo

Supervisora de las Unidades de Hemodinámica y Electrofisiología

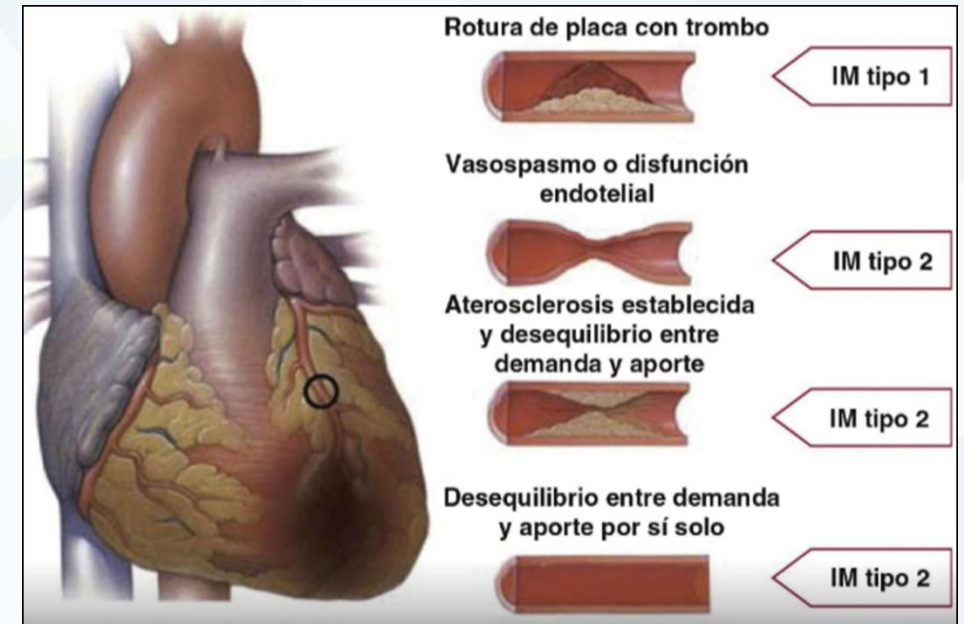
Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Revisión de las Guías de Práctica Clínica de los SCA ESC 2023



Definiciones Universales del Infarto

TIPOS DE INFARTO	DEFINICIÓN
Infarto Tipo 1	Se caracteriza por la rotura, ulceración, fisura o erosión de una placa aterosclerótica que produce la formación de un trombo intraluminal en una o más arterias coronarias, con la consiguiente reducción del flujo miocárdico o embolización distal y la ulterior necrosis miocárdica.
Infarto Tipo 2	Es la necrosis miocárdica producida por una entidad distinta de la inestabilidad de la placa coronaria que contribuye al desajuste entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno
Infarto del Tipo 3-5	La definición universal de infarto de miocardio incluye además el tipo 3, que se define como el infarto de miocardio con desenlace mortal cuando no se dispone de biomarcadores, y los tipos 4 y 5, que se relacionan con la ICP y la cirugía de revascularización coronaria (CABG) respectivamente



Recordemos El SCA no es lo mismo que IM

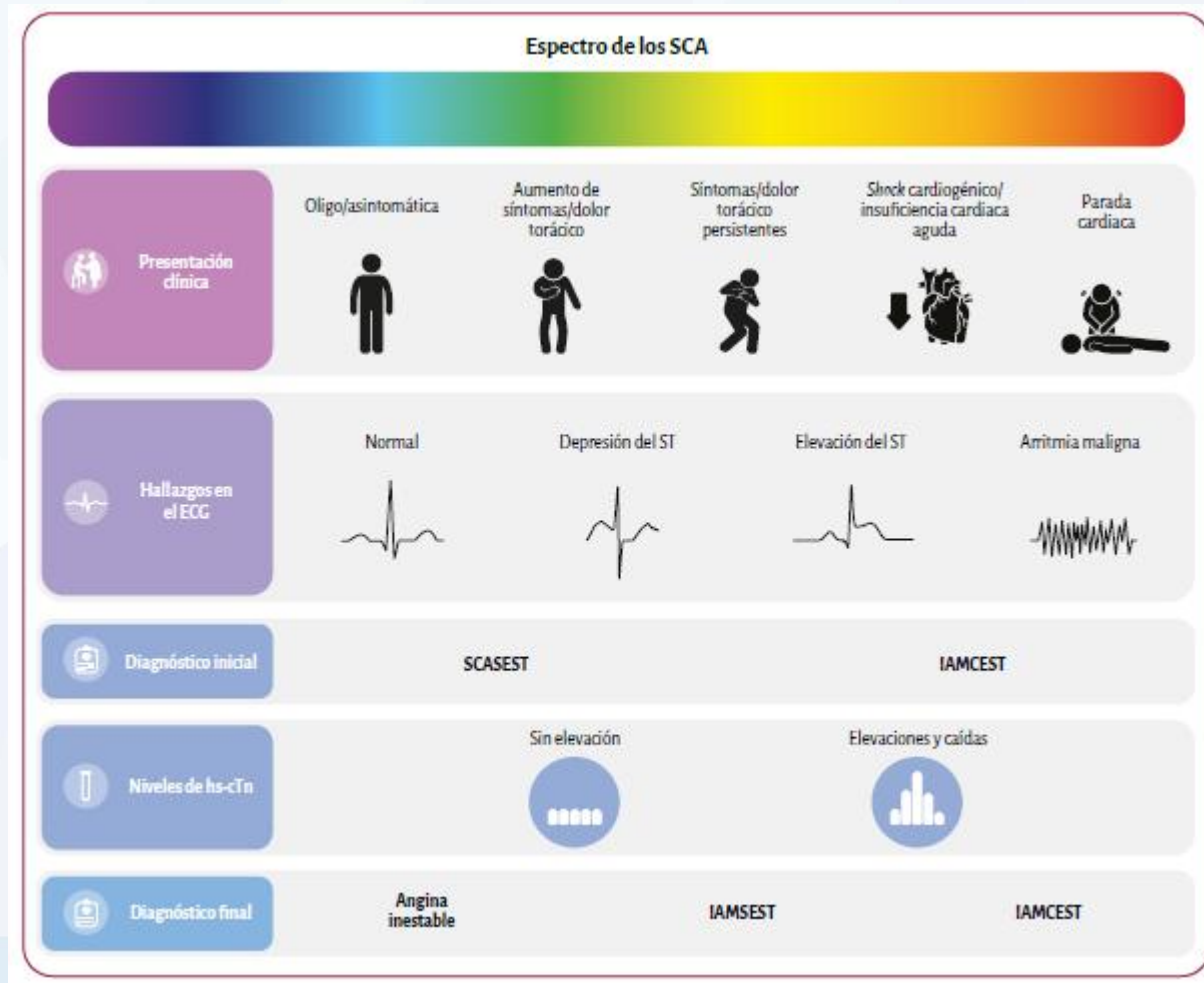
Aunque están estrechamente relacionados, es importante reconocer que **el síndrome coronario agudo (SCA) no es lo mismo que el infarto de miocardio (IM).**

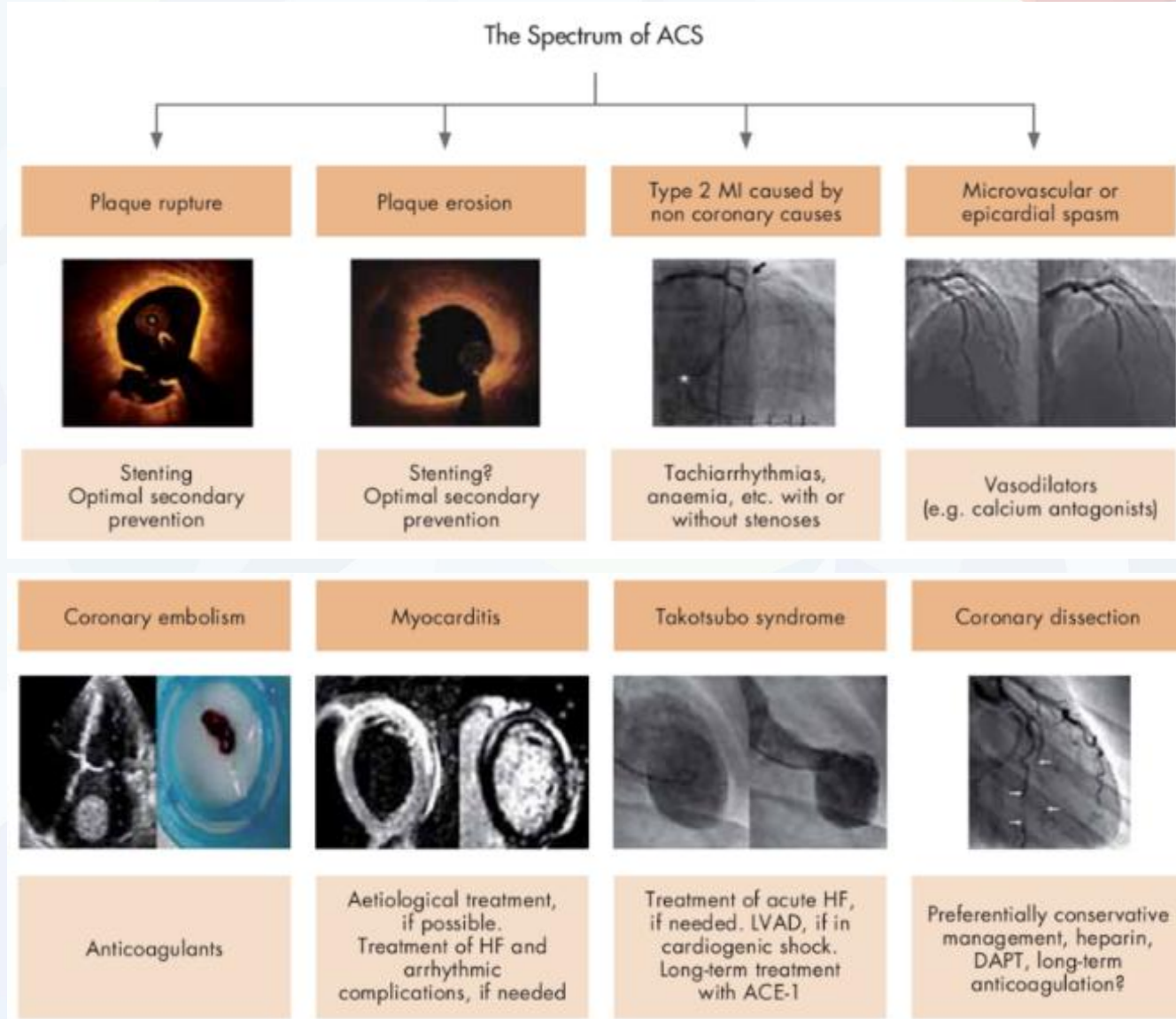
El **infarto agudo de miocardio (IAM)** se define como la **necrosis de los cardiomiocitos en el contexto clínico de la isquemia miocárdica aguda.** Esto incluye el IM debido a eventos aterotrombóticos (IM de tipo 1) y también otras causas potenciales de isquemia miocárdica y necrosis de miocitos (IM de tipo 2-5).

La **lesión miocárdica** es otra entidad distinta, que se utiliza para describir la **liberación de troponina debida a mecanismos distintos de la isquemia miocárdica y que no cumplen los criterios de IM.** La lesión miocárdica puede ser aguda o crónica dependiendo de si hay evidencia de cambio dinámico en las troponinas elevadas en pruebas seriadas. Algunas causas de lesión miocárdica son la miocarditis, la sepsis, la miocardiopatía takotsubo, la valvulopatía cardiaca, las arritmias cardiacas y la insuficiencia cardiaca (IC).

Los Síndromes Coronarios Agudos (SCA)

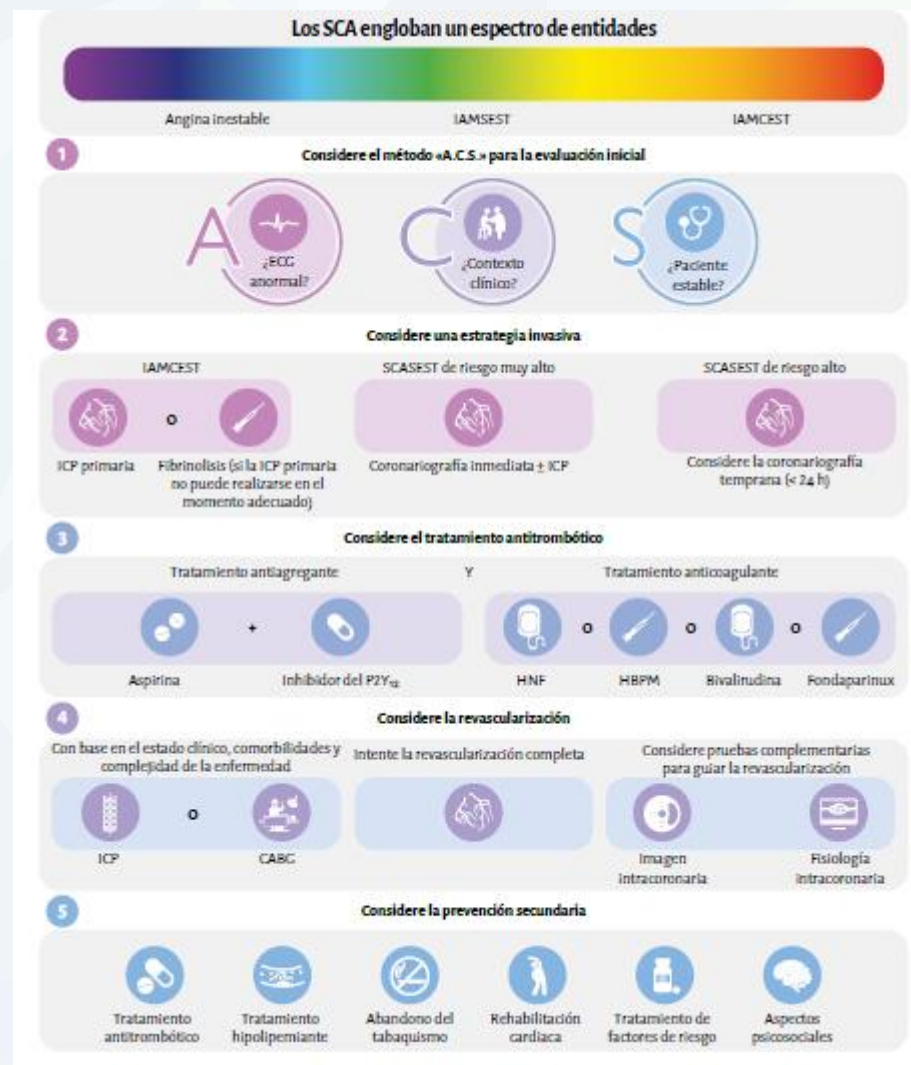
Espectro de entidades que incluyen a pacientes que presentan **cambios recientes en los síntomas o signos clínicos, con o sin cambios en el electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG) y con o sin elevaciones agudas en las concentraciones de troponina cardíaca (cTn)**



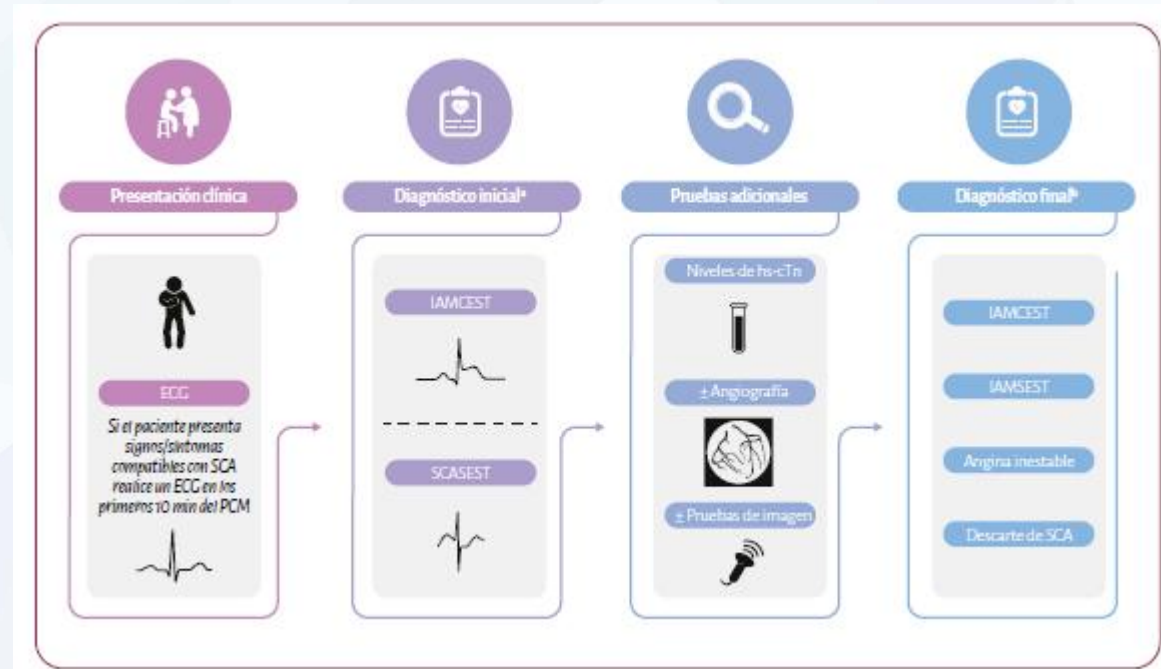


El espectro de SCA abarca ruptura y erosión de la placa (= infarto de miocardio tipo 1), infarto de miocardio tipo 2, espasmo coronario epicárdico y microvascular, embolia coronaria, miocarditis aguda, síndrome de takotsubo y disección coronaria.

Los SCA engloban un espectro de entidades



Clasificación de los pacientes con espectro de SCA desde el proceso diagnóstico inicial al diagnóstico final



Presentación Clínica de los SCA





Presentación del SCA en mujeres y hombres

Síntomas de presentación del síndrome coronario agudo en mujeres y hombres - GUÍAS ESC 2023




Traducción con fines docentes de Elena Plaza Moreno Urgencias y emergencias® - www.urgenciasyemergen.com

Dolor u presión torácicos







80%
de mujeres y hombres con SCA presentaron dolor u presión torácicos.

Sudoración Dolor epigástrico / Indigestión Dolor de brazo/ hombro



Otros síntomas como sudoración, indigestión o dolor epigástrico y en brazos u hombros se presentan comúnmente tanto en mujeres y hombres con SCA.


Mareo Náuseas/vómitos Dolor de cuello/mandíbula Falta de aire



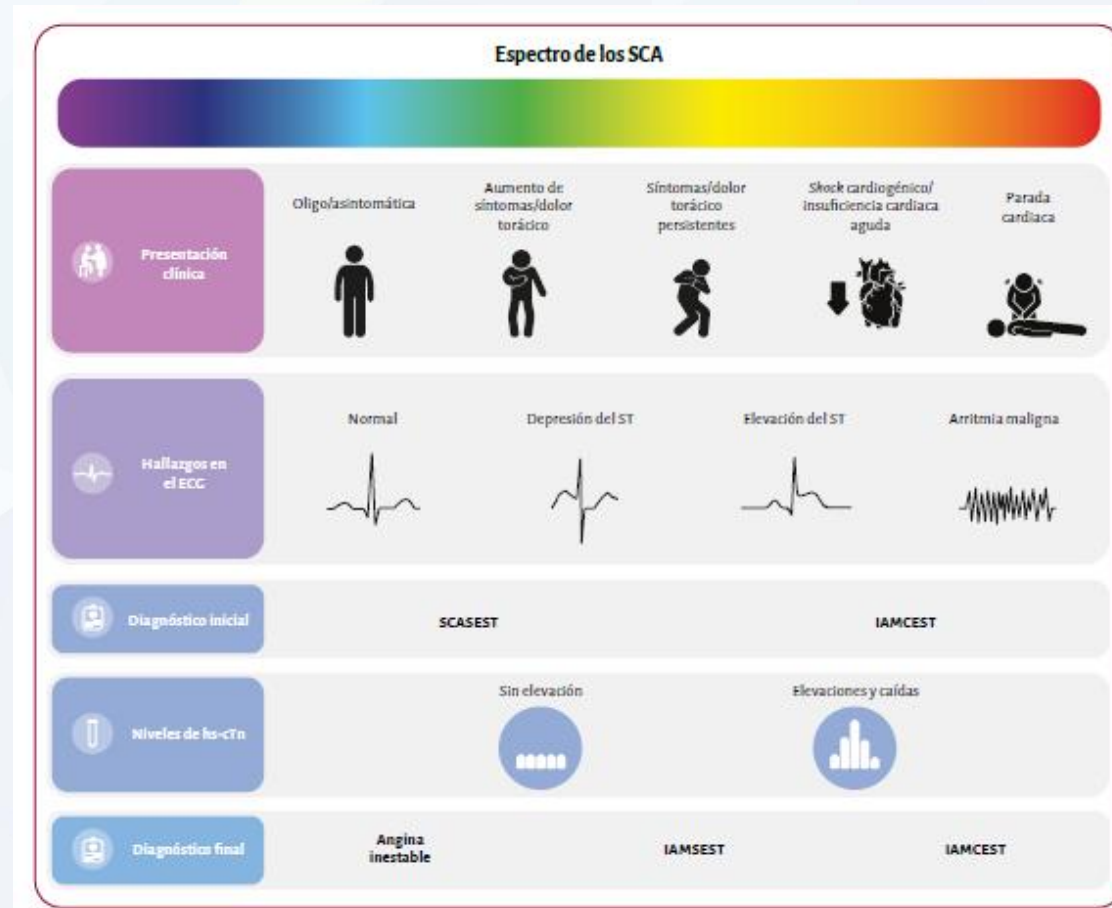
Algunos síntomas podrían ser más comunes en mujeres con SCA:

- Mareo/síncope.
- Náuseas/vómitos.
- Dolor de cuello/mandíbula.
- Falta de aire.
- Dolor entre las escápulas.
- Palpitaciones.
- Fatiga.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>



Espectro de presentaciones clínicas, hallazgos electrocardiográficos y concentraciones de troponina cardiaca de alta sensibilidad de los pacientes con SCA

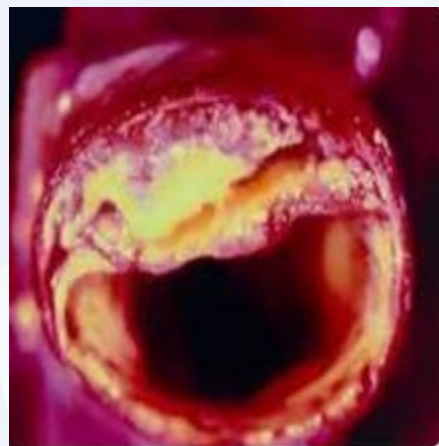


Definición de los términos relativos a la estrategia invasiva y el tratamiento de reperfusión que se emplean en estas GPC

Término	Definición
Primer contacto médico (PCM)	Momento en el que el paciente es evaluado inicialmente por un médico, personal paramédico, enfermería o personal entrenado en servicios de urgencias, con capacidad para obtener e interpretar el ECG y proporcionar alguna intervención inicial (p. Ej., desfibrilación). El PCM puede realizarse en el contexto prehospitalario o a la llegada del paciente al hospital (p. Ej., en el servicio de urgencias)
Diagnóstico de IAMCEST	Momento en el que se interpreta que un paciente con síntomas de isquemia presenta SCA y elevación del segmento ST (o un equivalente)
ICP primaria ^a	ICP emergente con balón, <i>stent</i> u otro dispositivo aprobado, realizada en la arteria relacionada con el infarto, sin tratamiento fibrinolítico previo
Estrategia de ICP primaria ^a	Coronariografía urgente e ICP de la arteria relacionada con el infarto si está indicada
ICP de rescate ^a	ICP urgente realizada lo antes posible en caso de fracaso del tratamiento fibrinolítico
Estrategia de ICP sistemática temprana tras fibrinólisis ^a	Coronariografía, con ICP de la arteria relacionada con el infarto si está indicada, realizada entre las 2 y las 24 h tras fibrinólisis efectiva
Estrategia farmaco-invasiva ^a	Fibrinólisis combinada con ICP de rescate (en caso de fracaso de la fibrinólisis) o estrategia de ICP sistemática temprana (en caso de fibrinólisis efectiva)
Estrategia invasiva inmediata	Coronariografía urgente (lo antes posible) e ICP/CABG de la arteria relacionada con el infarto si está indicada
Estrategia invasiva temprana	Coronariografía temprana (< 24 h desde el diagnóstico de SCA) e ICP/CABG de la arteria relacionada con el infarto si está indicada
Estrategia invasiva selectiva	Coronariografía ± ICP/CABG basada en la evaluación clínica y/o pruebas no invasivas

Aparición de los síntomas

Paciente con síntomas de SCA y ECG compatible con IAMCEST



Recomendaciones sobre el tratamiento de reperfusión para pacientes con IAMCEST

Está recomendado el tratamiento de reperfusión para todos los pacientes con un diagnóstico inicial de IAMCEST (elevación persistente del segmento ST o equivalentes) y síntomas de isquemia de ≤ 12 h de duración^{17,18,19}

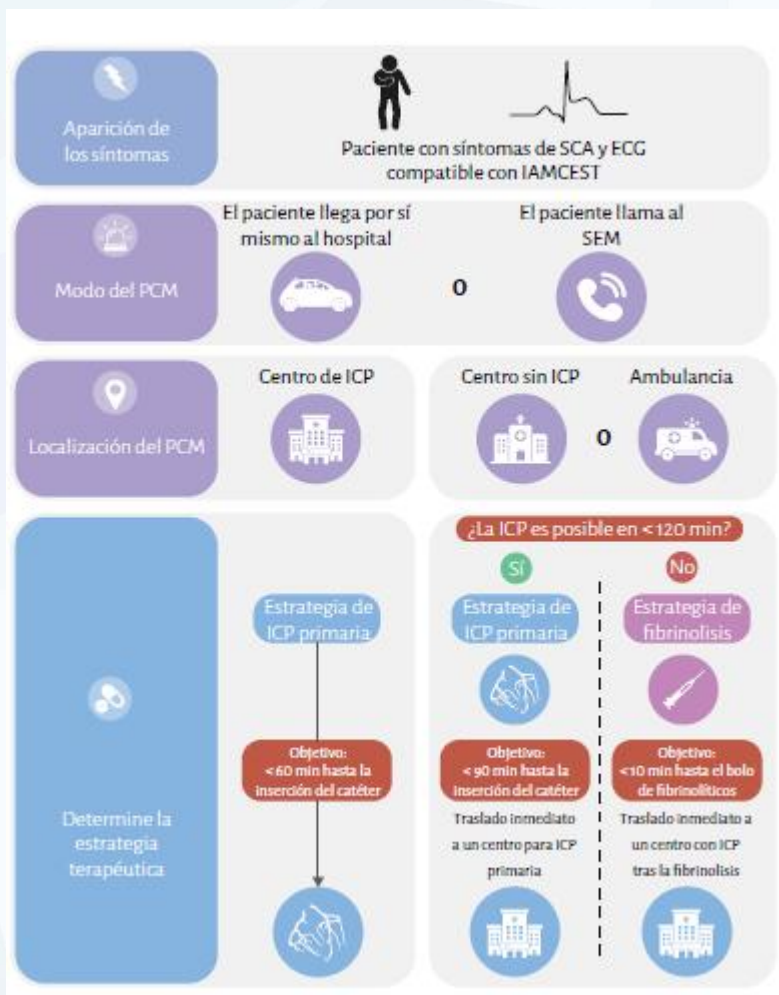
I	A
---	---

Patrón del ECG	Criterio	Significado	Imagen
I SCACEST	Nueva elevación del ST en el punto J en ≥ 2 derivaciones contiguas	Oclusión coronaria arterial en curso	 Punto J
II SCACEST posterior	Depresión del segmento ST en las derivaciones V1 - V3, especialmente cuando la onda T central es positiva (equivalente a elevación del segmento ST), y elevación concomitante del segmento ST a $\geq 0,5$ mm registrada en las derivaciones V7 - V9.	SCACEST posterior	
III Oclusión Lx / IAM VD	Elevación del segmento ST en V7 - V9 y en V3R y V4R, respectivamente	Oclusión arteria circunfleja izquierda o IAM de VD	
IV Isquemia multivascular / obstrucción TCI	Descenso del ST a ≥ 1 mm en seis o más derivaciones (de depresión ST inferolateral), junto con elevación del segmento ST en aVR y/o V1	Isquemia multivascular u obstrucción de TCI, particularmente si el paciente presenta compromiso hemodinámico	 Elevación del segmento ST en aVR y V1 Elevación del segmento ST en seis derivaciones
V BCRIHH / Marcapasos	Duración del QRS mayor a 120 ms Ausencia de onda Q en derivaciones I, V5 y V6 Onda R monomórfica en I, V5 y V6 Desplazamiento de ST y onda T opuesta a la mayor deflexión del complejo QRS	Pacientes con una alta sospecha clínica de isquemia miocárdica en curso debe ser manejado de la misma forma que los pacientes con SCACEST	
VI BCRDHH	Duración del QRS mayor a 120 ms Patrón rR' (ovillo de conejo) en precordiales anteriores (V1-V3) Ondas S empastadas en I, aVL y frecuentemente V5 y V6	Pacientes con una alta sospecha clínica de isquemia miocárdica en curso debe ser manejado de la misma forma que los pacientes con SCACEST	

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>

ESC

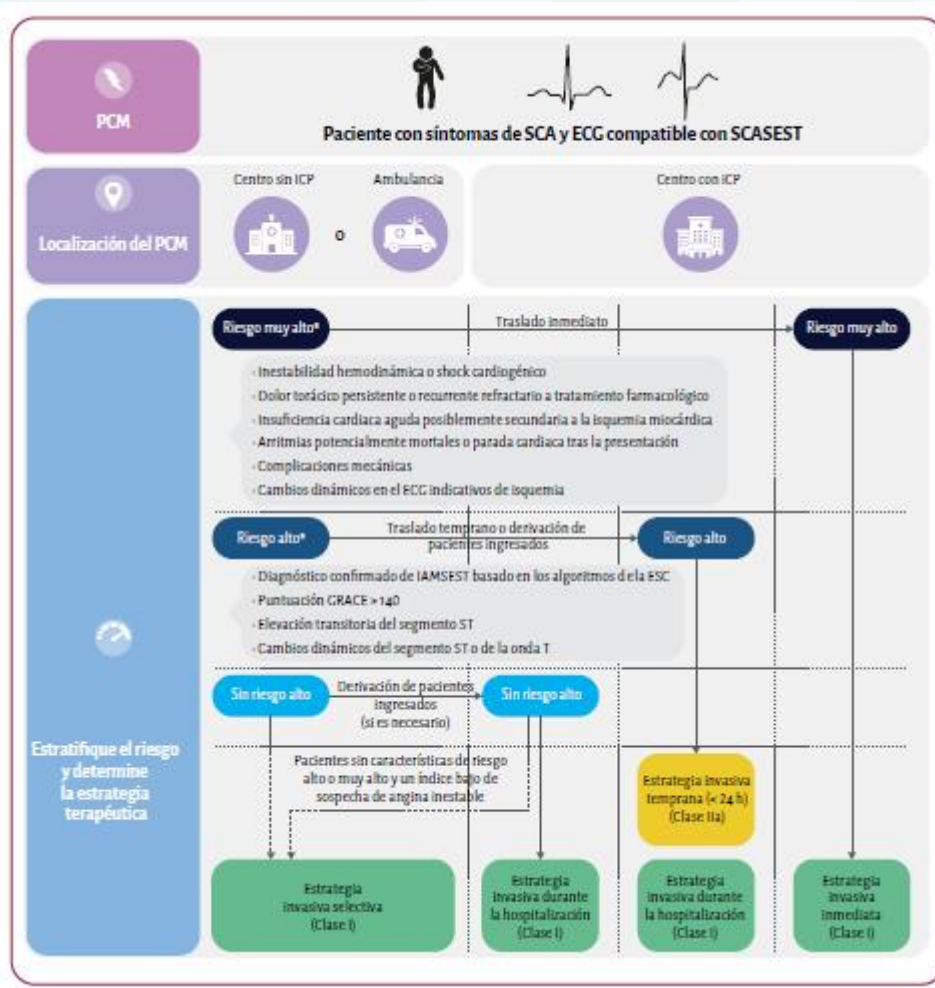
IAMCEST



Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Recomendaciones sobre el tratamiento de reperfusión para pacientes con IAMCEST		
Está recomendado el tratamiento de reperfusión para todos los pacientes con un diagnóstico inicial de IAMCEST (elevación persistente del segmento ST o equivalentes ¹) y síntomas de isquemia de ≤ 12 h de duración ^{2,3,4}	I	A
Se recomienda una estrategia de ICP primaria en lugar de fibrinólisis si el tiempo estimado desde el diagnóstico hasta la ICP es < 120 min ^{5,7,8,9,10}	I	A
Si la ICP primaria no puede realizarse en un intervalo de tiempo adecuado (< 120 min) en pacientes con un diagnóstico inicial de IAMCEST se recomienda el tratamiento fibrinolítico en las primeras 12 h tras la presentación de los síntomas, siempre que no haya contraindicaciones ^{11,12}	I	A
La ICP de rescate está recomendada después de la fibrinólisis fallida (resolución del segmento ST $< 50\%$ en los primeros 60-90 min tras la administración de fibrinólisis) o en presencia de inestabilidad hemodinámica o eléctrica, empeoramiento de la isquemia o dolor torácico persistente ^{13,14}	I	A
Para pacientes con un diagnóstico inicial de IAMCEST y un intervalo de tiempo > 12 h tras la manifestación de los síntomas se recomienda la ICP primaria en caso de presencia de síntomas indicativos de isquemia, inestabilidad hemodinámica o arritmias potencialmente mortales ¹⁵	I	C
Se debe considerar la ICP primaria sistemática para pacientes con IAMCEST con presentación tardía (12-48 h) después de la aparición de los síntomas ^{16-19,20}	IIa	B
La ICP sistemática de una arteria responsable olvidada no está recomendada para los pacientes con IAMCEST que se presentan > 48 h después de la aparición de los síntomas y no tienen síntomas persistentes ^{19,21,22}	III	A

Traslado e intervenciones tras la fibrinólisis		
Se recomienda el traslado de los pacientes a un centro con ICP inmediatamente después de la administración de fibrinólisis ^{4,7,8,9,10,23,24}	I	A
La angiografía urgente seguida de ICP de la arteria responsable (si está indicada) está recomendada para los pacientes con insuficiencia cardíaca persistente o de nueva aparición o en shock tras la administración de fibrinólisis ^{16,25}	I	A
La angiografía seguida de ICP de la arteria responsable (si está indicada) se recomienda entre 2 y 24 h después de la fibrinólisis fallida ^{16,26,27,28,29}	I	A

SCASEST



Estrategia invasiva en los SCASEST		
Se recomienda una estrategia invasiva durante el ingreso hospitalario para pacientes con SCASEST y criterios de riesgo alto o un índice alto de sospecha de angina inestable ⁹⁶⁻¹⁰⁰	I	A
Se recomienda una estrategia invasiva selectiva para pacientes sin criterios de riesgo muy alto o alto y con un índice bajo de sospecha de SCASEST ⁹⁶⁻¹⁰⁰	I	A
Se recomienda una estrategia invasiva inmediata para los pacientes con un diagnóstico inicial de SCASEST y al menos uno de los siguientes criterios de riesgo muy alto: <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico • Dolor torácico recurrente o refractario a tratamiento farmacológico • Arritmias potencialmente mortales que ocurren durante la hospitalización • Complicaciones mecánicas del infarto de miocardio • Insuficiencia cardíaca aguda presumiblemente secundarias a isquemia miocárdica en evolución • Cambios dinámicos recurrentes del segmento ST o la onda T, particularmente la elevación intermitente del segmento ST 	I	C
Debe considerarse una estrategia invasiva temprana (primeras 24 h) para pacientes con al menos uno de los siguientes criterios de riesgo alto: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico confirmado de IAMSEST basado en los algoritmos de hs-cTn recomendados por la ESC • Elevación transitoria del segmento ST • Puntuación GRACE > 140^{100,105-130} 	IIa	A

Recomendaciones para el diagnóstico por imagen en paciente con sospecha de SCASEST

En pacientes con sospecha de SCA, hs-cTn no elevada (o incierta), sin cambios en el ECG y sin recurrencia del dolor, debe considerarse la incorporación de una Angiografía Coronaria por Tomografía Computarizada o una prueba de esfuerzo no invasiva como parte del estudio inicial.

IIa A

Revisado

Recomendaciones para el tiempo de estrategia invasiva en el SCASEST

Debe considerarse una estrategia invasiva precoz en las primeras 24 h en pacientes con al menos uno de los siguientes criterios de alto riesgo:

- Diagnóstico confirmado de SCASEST basado en los algoritmos actuales de hs-cTn recomendados por la ESC.
- Cambios dinámicos del segmento ST o de la onda T.
- Elevación transitoria del segmento ST.
- Puntuación de riesgo GRACE > 140.

IIa A

Revisado

Otras Novedades en la Fase Aguda: Oxígeno

Recomendaciones para el tratamiento inicial de los pacientes con síndrome coronario agudo GUÍAS ESC 2023

Recomendación Tabla 3 - <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>

Traducción con fines docentes de Elena Plaza Moreno
Urgencias y emergencias® - www.urgenciasyemergen.com

Recomendaciones	Clase	Nivel
Hipoxia		
Se recomienda oxígeno en pacientes con hipoxemia (SaO ₂ <90%).	I	C
No se recomienda oxígeno sistemático en pacientes sin hipoxemia (SaO ₂ >90%).	III	A

Otras Novedades en la Fase Aguda: Nitratos

Maniobra terapéutica para aliviar los síntomas de isquemia

No utilizar como maniobra diagnóstica

Cuidado con situaciones de hipotensión, bradicardia o taquicardia marcadas, EAO severa

Otras Novedades en la Fase Aguda: Mórficos

5-10mg de morfina iv

Podría reducir el daño microvascular(no con metoclopramida)

Podría reducir el efecto antiagregante de los inhibidores de P2Y12

Síntomas		
Debe considerarse el uso de opiáceos intravenosos para aliviar el dolor.	Ila	C
En pacientes muy ansiosos debe considerarse un tranquilizante suave.	Ila	C

El beneficio clínico de los BB en pacientes con SCA y FEVI reducida está respaldado por evidencia de ensayos contemporáneos (NO EVIDENCIA en pacientes con SCA no complicado con FEVI>40%)

Hay estudios observacionales y metanálisis que sugieren un beneficio del tto con betabloqueantes independientemente de la FEVI (**CAPRICORN**) y otros llegan a la conclusión opuesta.

Hay 4 ensayos clínicos aleatorios en curso en Europa (REBOOT-CNIC, REDUCE-SWEDEHEART, registro SEEDEHEART, BETAMI y DANBLOCK.

La duración del tratamiento con BB después de un SCA: **BENEFICIO CLÍNICO se limita al primer año** después del episodio de SCA (AbYSS y SMART-DECISION)

Betabloqueantes intravenosos

Los betabloqueantes intravenosos (preferiblemente metoprolol) deben considerarse en el momento de la presentación en pacientes sometidos a ICPP sin signos de insuficiencia cardiaca aguda, una PAS >120 mmHg y ninguna otra contraindicación.

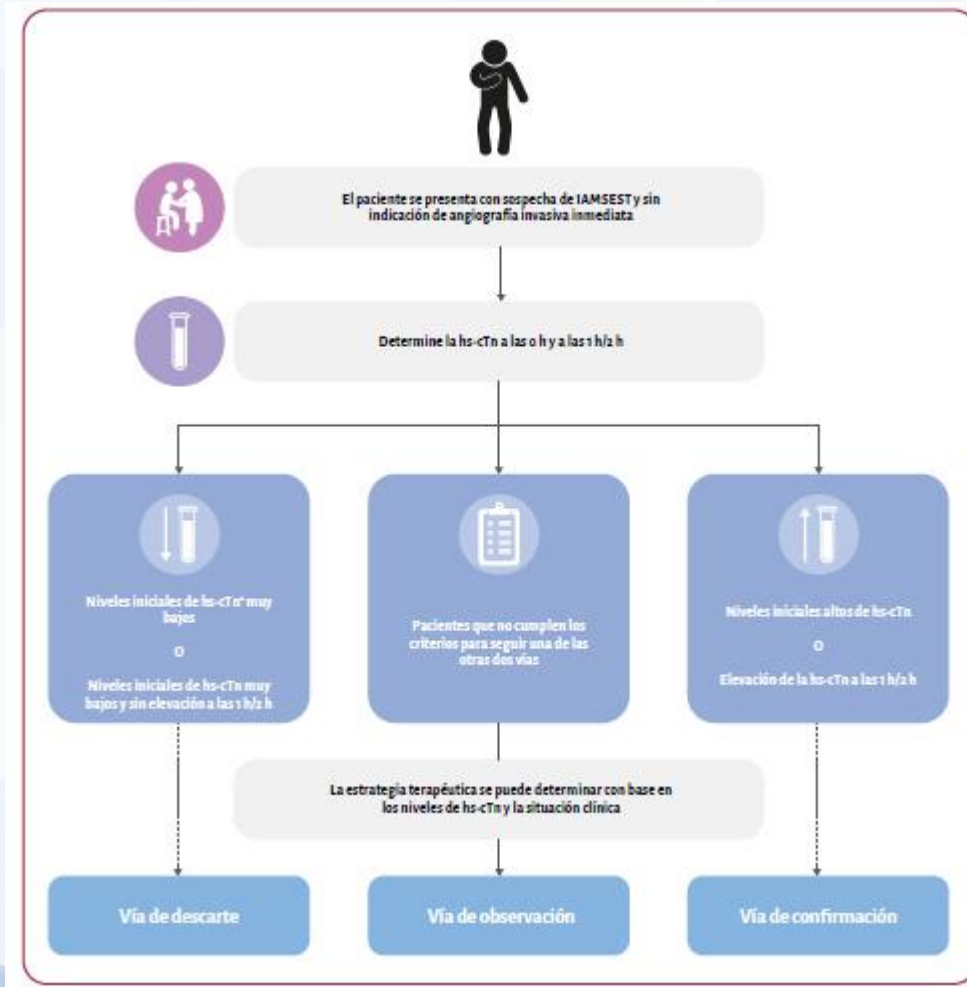
Ila

A

SCASEST

Algoritmo de 0h/1h y 0/2h

Pacientes con sospecha de IAMSEST y sin indicación de angiografía invasiva inmediata

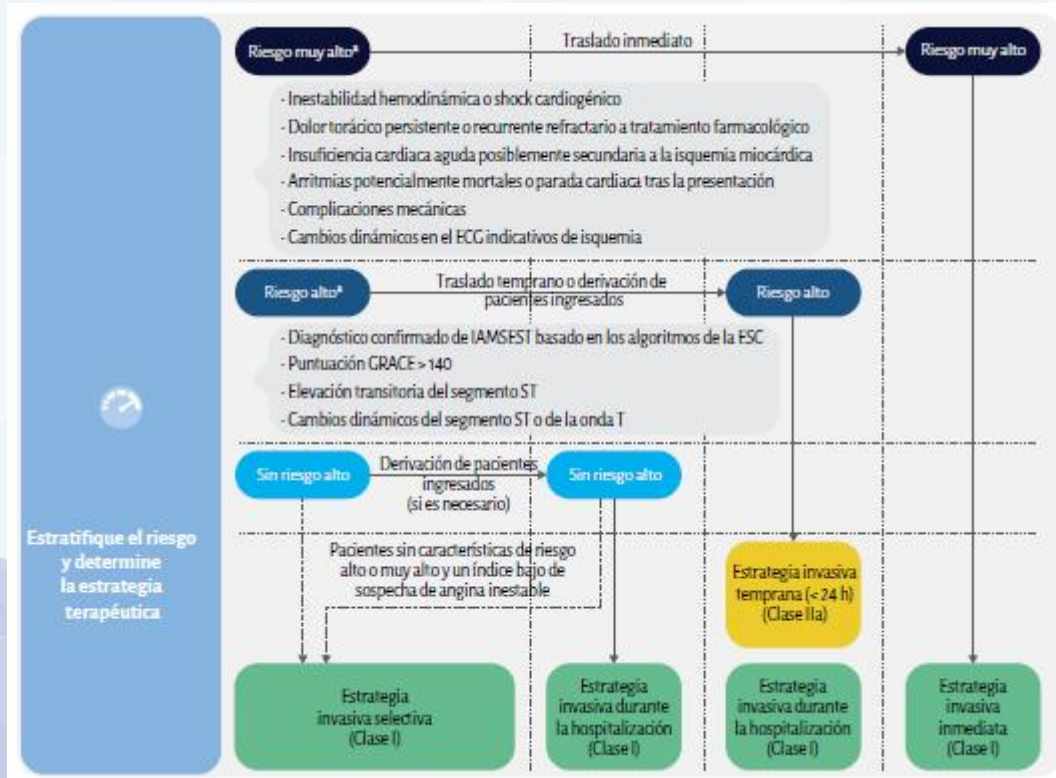


Muestras de sangre		
Se recomienda medir las troponinas cardiacas con análisis de alta sensibilidad inmediatamente después de la presentación y obtener los resultados durante los primeros 60 minutos desde la toma de la muestra sanguínea ^{15,25-27}	I	B
Se recomienda emplear los algoritmos de la ESC con mediciones seriadas de hs-cTn (0 h/1 h o 0 h/2 h) para confirmar o descartar el IAMSEST ²⁸⁻⁴⁴	I	B
Se recomienda la determinación adicional después de 3 h si las dos primeras determinaciones de hs-cTn del algoritmo de 0 h/1 h no son concluyentes y no se ha establecido un diagnóstico alternativo que explique el estado del paciente ^{45,46}	I	B
Se debe considerar el uso de escalas de riesgo validadas (como la escala GRACE) para la estimación del pronóstico ⁴⁷⁻⁴⁹	IIa	B

SCASEST

PCM

Paciente con síntomas de SCA y ECG compatible con SCASEST

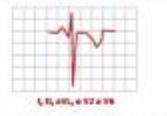

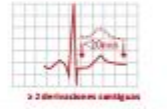
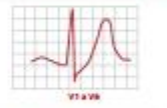
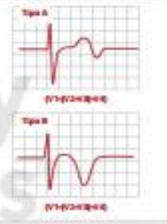


➤ Algoritmos ESC IAMSEST 0/1H 0/2H

➤ Cambios dinámicos en el ECG

➤ Risk Grace score

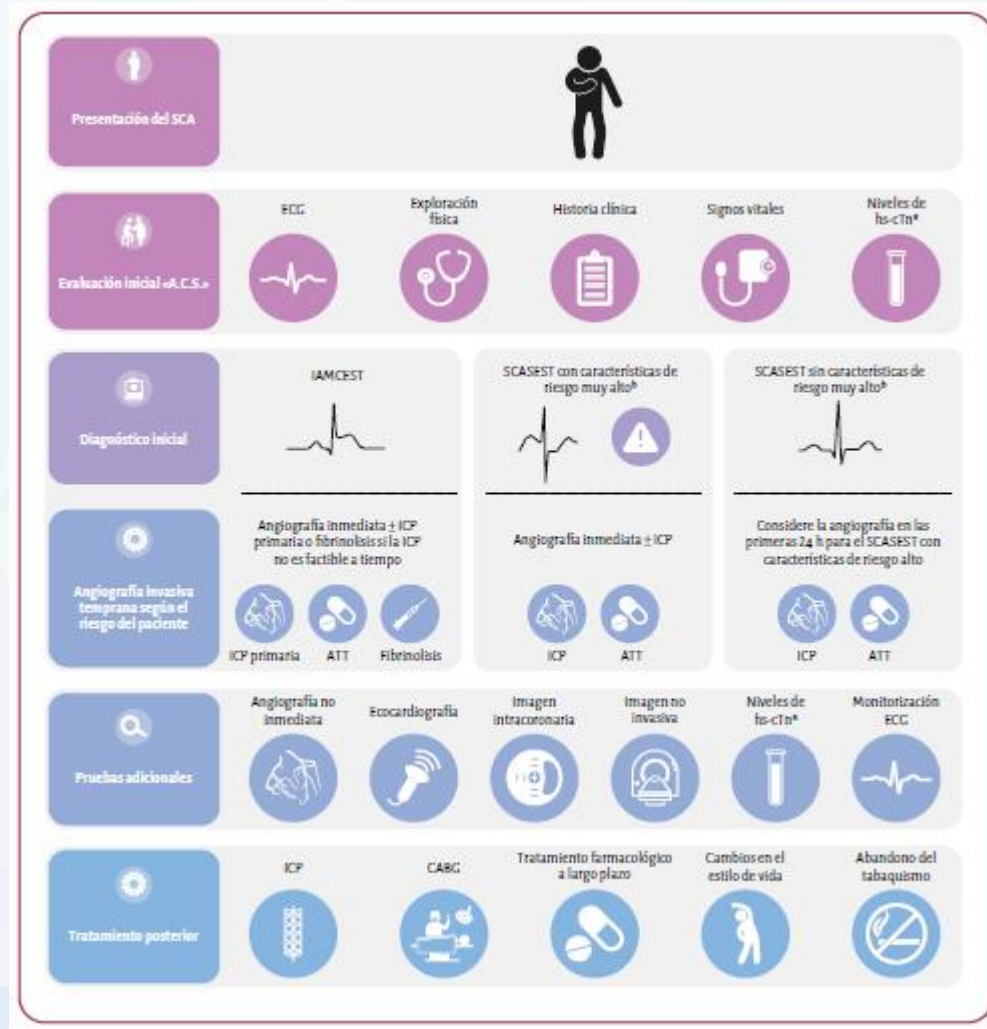
SCASEST

Patrón del ECG	Criterio	Significado	Imagen
a Inversión de onda T aislada	Inversión de onda T > 1 mm en a 5 derivaciones incluyendo I, II, aVL, y de V2 a V6	Solo pronóstico moderadamente deteriorado	
b Descenso del segmento ST	Descenso del punto j) de > 0.05 mm en derivaciones V2 y V3 o > 1 mm en otras derivaciones seguido por un descenso descendente del segmento ST > 0.05 segundos en a 1 derivaciones (excepto aVR)	Isoquemia más severa	
c Elevación del segmento ST transitoria	Elevación del segmento ST en > 2 derivaciones contiguas de > 2.5 mm en hombres < 40 años, > 2 mm en hombres > 40 años, o > 1.5 mm en mujeres independientemente de la edad en derivaciones V2-V6 y/o > 1 mm en las otras derivaciones contiguas < 20 min	Pronóstico sólo ligeramente deteriorado	
d ST-T de Winter	Depresión del segmento ST ascendente de 1-2 mm del punto j) en derivaciones de V1 a V6 que continúa en ondas T altas, positivas y simétricas	Oclusión proximal de la arteria descendente anterior / estenosis severa	
e Patrón de Wellens	Punto j) isométrico o mínimamente elevado del punto j) (< 1 mm) + Onda T bifásica en derivaciones V2 y V3 (tipo A) o Onda T invertida, profunda y simétrica en derivaciones V2 y V3, ocasionalmente en derivaciones V1, V4, V5 y V6 (tipo B)	Oclusión proximal de la arteria descendente anterior / estenosis severa	

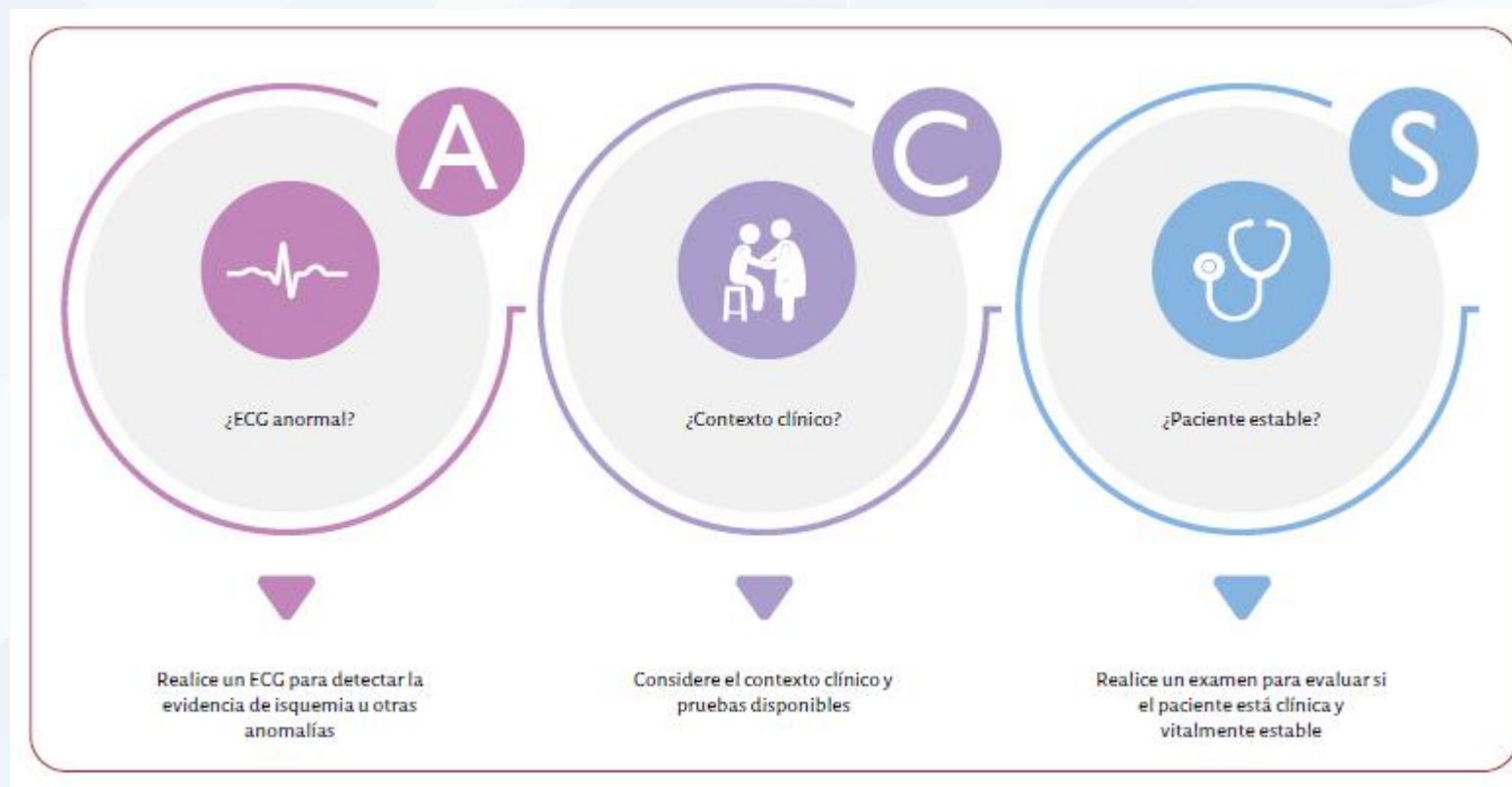
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>

➤ Cambios dinámicos en el ECG

Triaje inicial, investigación y tratamiento de los pacientes con signos y síntomas potencialmente indicativos de SCA

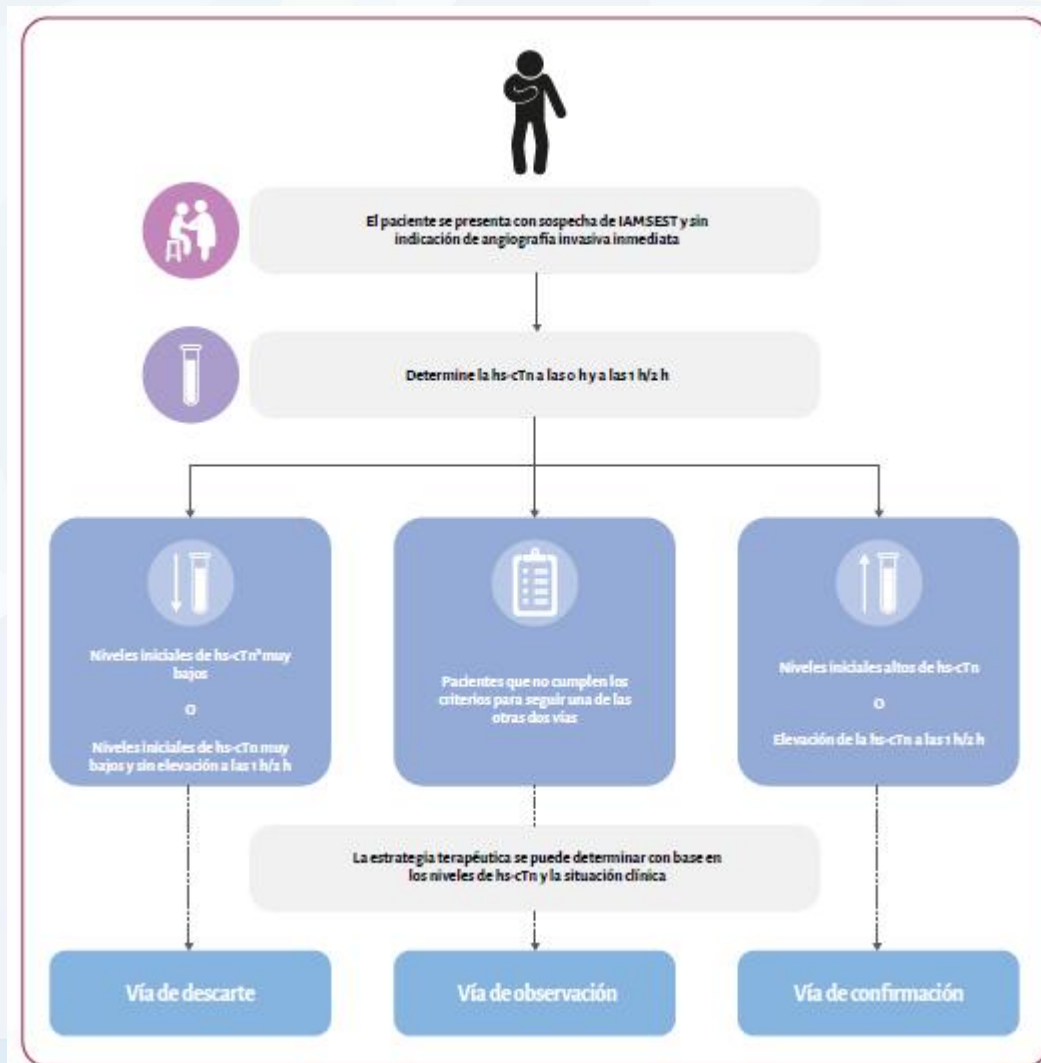


Evaluación inicial de los pacientes con sospecha de SCA

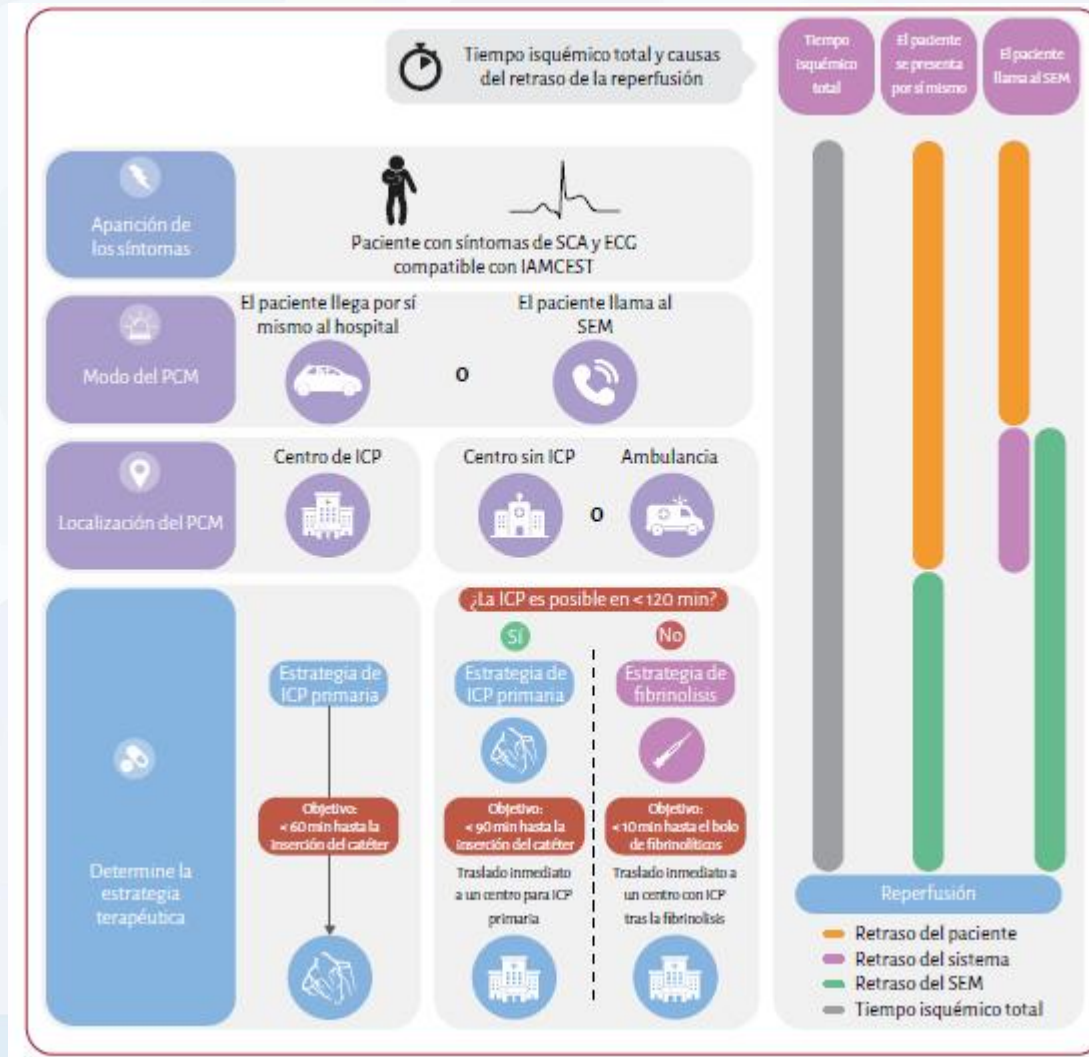


Herramientas diagnósticas

Biomarcadores (troponina cardíaca de alta sensibilidad)



Modos de Presentación y Vías de actuación para la estrategia invasiva y la revascularización miocárdica en pacientes con IAMCEST.



Tratamientos Antitrombótico en el SCA: objetivos farmacológicos

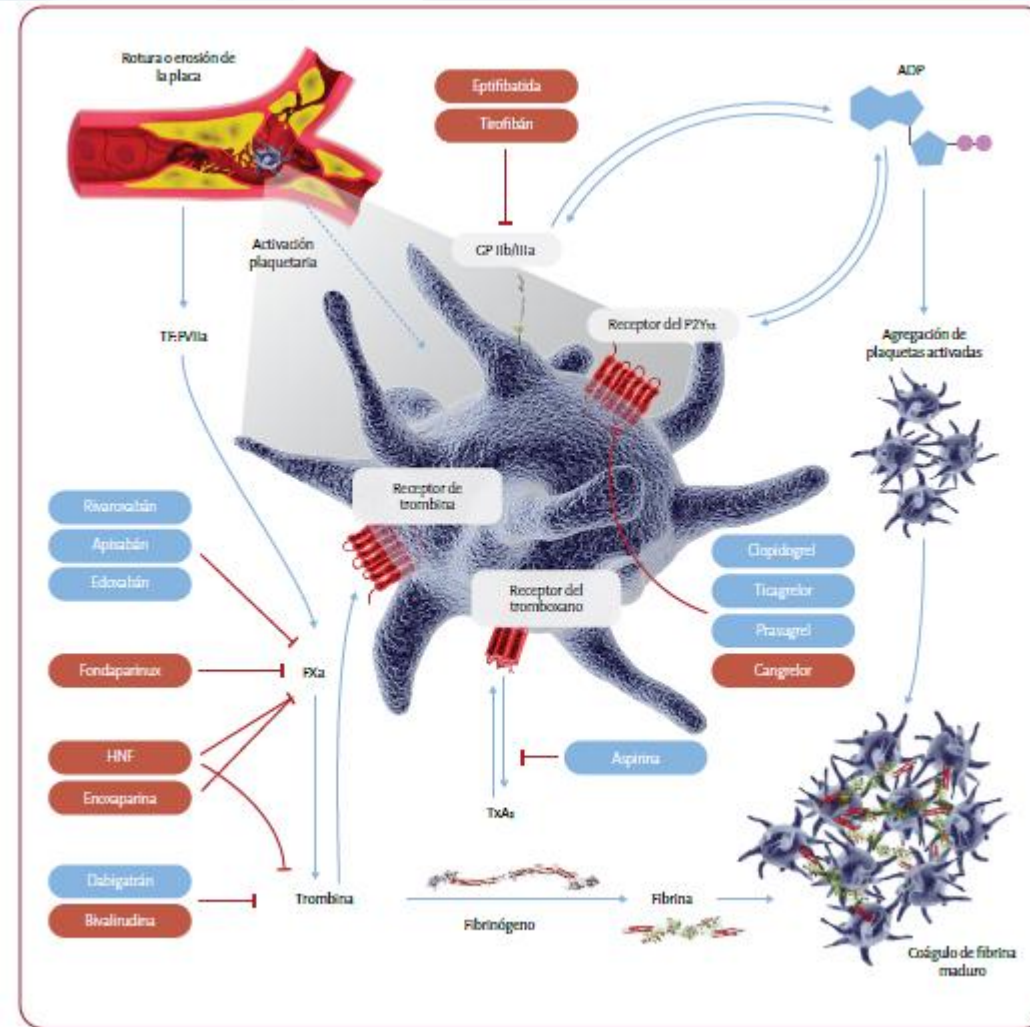


Figura 9. Tratamientos antitrombóticos en el síndrome coronario agudo: objetivos farmacológicos. ADP: adenosina difosfato; FVIIa: factor VIIa; FXa: factor Xa; GP: glicoproteína; HNF: heparina no fraccionada; TF: factor tisular; TxA₂: tromboxano A₂. Los fármacos de administración oral se muestran en color azul y los de administración preferiblemente parenteral en color rojo.

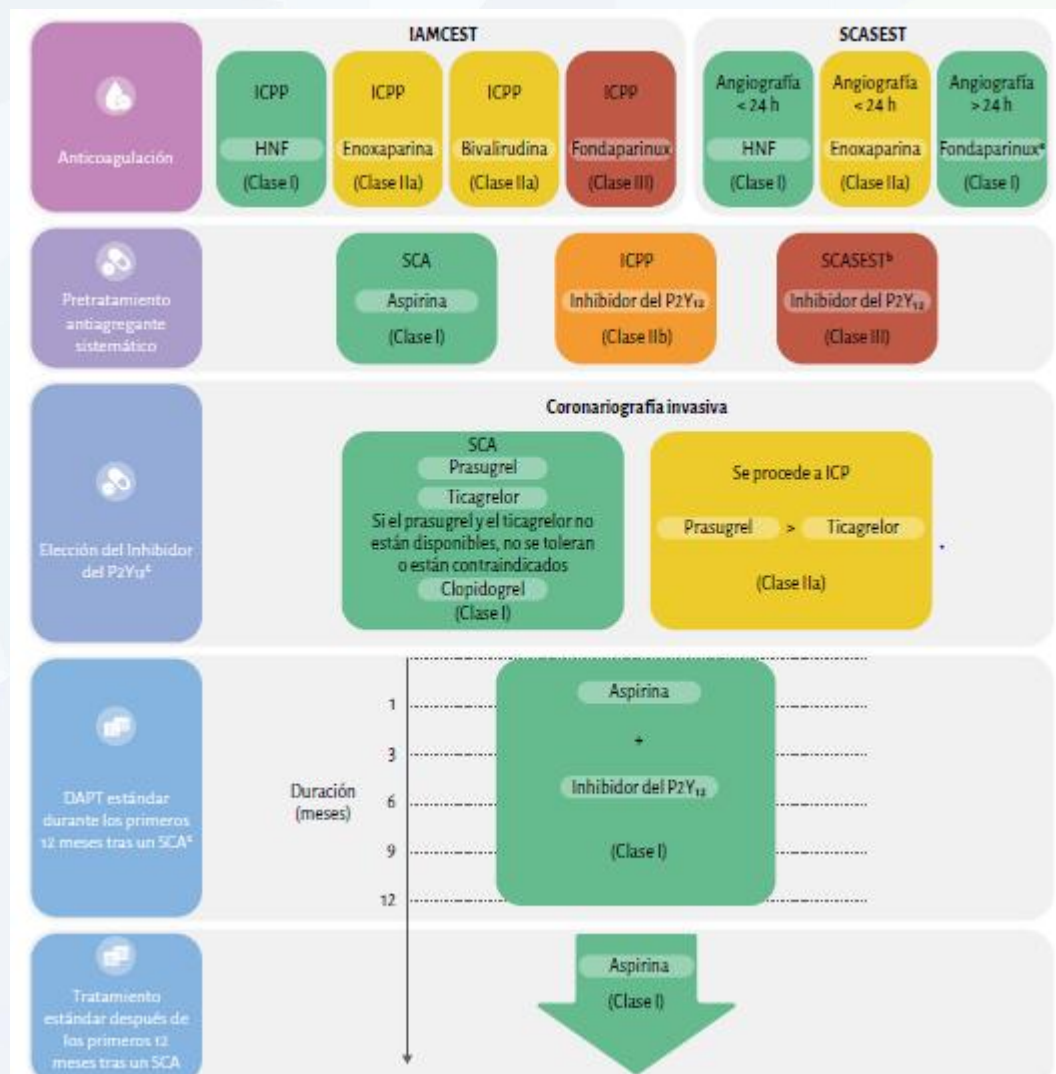
Tratamientos Antitrombótico en el SCA: objetivos farmacológicos

I. Antiagregantes plaquetarios	
Aspirina	Dosis oral de carga de 150-300 mg o 75-250 mg i.v. si no es posible la ingestión, seguida de dosis de mantenimiento de 75-100 mg una vez al día; no es necesario ajustar la dosis para los pacientes con ERC.

Inhibidores del P2Y ₁₂ (por vía oral o intravenosa)	
Clopidogrel	Dosis oral de carga de 300-600 mg, seguida de dosis de mantenimiento de 75 mg una vez al día; no es necesario ajustar la dosis para los pacientes con ERC. Fibrinólisis: en el momento de la fibrinólisis administrar una dosis inicial de 300 mg (75 mg para pacientes > 75 años).
Prasugrel	Dosis oral de carga de 60 mg, seguida de dosis de mantenimiento de 10 mg una vez al día. Para pacientes con un peso corporal < 60 kg, se recomienda una dosis de mantenimiento de 5 mg una vez al día. Para pacientes de edad ≥ 75 años es necesario tomar precauciones, pero si el tratamiento con prasugrel se considera necesario se administrarán dosis de mantenimiento de 5 mg una vez al día. No es necesario ajustar la dosis para los pacientes con ERC. El ictus previo es una contraindicación para el prasugrel.
Ticagrelor	Dosis oral de carga de 180 mg, seguida de dosis de mantenimiento de 90 mg 2 veces al día; no es necesario ajustar la dosis para los pacientes con ERC.
Cangrelor	Bolo intravenoso de 30 mcg/kg seguido de infusión de 4 mcg/kg/min durante al menos 2 h o mientras dure el procedimiento (lo que sea más largo). En la transición del cangrelor a una tienopiridina, esta debe administrarse inmediatamente después de la suspensión del cangrelor con una dosis oral de carga de 600 mg de clopidogrel o 60 mg de prasugrel, para evitar la interacción entre fármacos, el prasugrel puede administrarse 30 min antes de la suspensión de la infusión de cangrelor. El ticagrelor (dosis de carga de 180 mg) debe administrarse en el momento de la ICP para minimizar la falta potencial de inhibición plaquetaria durante la fase de transición.
Inhibidores de la GP IIb/IIIa (por vía intravenosa)	
Eptifibatida	Bolo i.v. doble de 180 mcg/kg (administrado en intervalos de 10 min) seguido de infusión de 2,0 mcg/kg/min durante un máximo de 18 h. Para un AdCr de 30-50 ml/min: primero un bolo i.v. de carga de 180 mcg/kg (máx. 22,6 mg), infusión de mantenimiento de 1 mcg/kg/min (máx. 7,5 mg/h). En caso de ICP se debe administrar un segundo bolo i.v. de 180 mcg/kg (máx. 22,6 mg) a intervalos de 10 min tras el primer bolo. Está contraindicado para pacientes con enfermedad renal en fase terminal y con hemorragia intracraneal previa, ictus isquémico en los últimos 30 días, fibrinólisis o recuento plaquetario < 100.000/mm ³ .
Tirofiban	Bolo i.v. de 25 mcg/kg durante 3 min seguido de infusión de 0,15 mcg/kg/min durante un máximo de 18 h. Para un AdCr ≤ 60 ml/min: bolo i.v. de carga de 25 mcg/kg durante 5 min seguido de infusión de mantenimiento de 0,075 mcg/kg/min durante un máximo de 18 h. Está contraindicado para pacientes con hemorragia intracraneal previa, ictus isquémico en los últimos 30 días, fibrinólisis o recuento plaquetario < 100.000/mm ³ .

II. Fármacos anticoagulantes	
HNF	Tratamiento inicial: bolo i.v. de 70-100 U/kg seguido de infusión i.v. ajustada para alcanzar un aPTT de 60-80 s. Durante la ICP: bolo i.v. de 70-100 U/kg o según el aCT en caso de pretratamiento con HNF.
Enoxaparina	Tratamiento inicial del SCA: 1 mg/kg dos veces al día por vía subcutánea durante un mínimo de 2 días y mantenido hasta la estabilización clínica. Para pacientes con un AdCr inferior a 30 ml/min (ecuación de Cockcroft-Gault), la dosis de enoxaparina debe reducirse a 1 mg/kg una vez al día. Durante la ICP: para pacientes que recibieron la última dosis de enoxaparina menos de 8 h antes de la dilatación del balón no es necesaria una dosis adicional. Si la última administración subcutánea se administró más de 8 horas antes de la dilatación del balón se debe administrar un bolo i.v. de 0,3 mg/kg de enoxaparina sódica.
Bivalirudina	Durante la ICP primaria: bolo i.v. de 0,75 mg/kg seguido de infusión i.v. de 1,75 mg/kg/h durante un máximo de 4 h tras el procedimiento. Para pacientes con un AdCr inferior a 30 ml/min (ecuación de Cockcroft-Gault) se debe reducir la dosis de mantenimiento a 1 mg/kg/h.
Fondaparinux	Tratamiento inicial: 2,5 mg/día por vía subcutánea. Durante la ICP: se recomienda un único bolo de HNF. Evite el uso de fondaparinux en caso de un AdCr < 20 ml/min.

Tratamiento Antitrombótico en el SCA.



Escala ARC-HBR

Riesgo de hemorragia alto: ≥ 1 criterio mayor o 2 criterios menores

Tabla 2.5-3. Escala ARC-HBR para evaluar el riesgo de hemorragia

Criterios mayores

- uso previsto de anticoagulación oral a largo plazo^a
- ERC grave o terminal^b
- Hb <11 g/dl
- hemorragia espontánea que haya requerido hospitalización y/o una transfusión sanguínea en los últimos 6 meses o en cualquier momento si fuera recurrente
- trombocitopenia moderada o grave (<100 000/ μ l) diagnosticada de forma inicial, es decir, antes de la ICP
- diátesis hemorrágica crónica
- cirrosis hepática con hipertensión portal
- enfermedad neoplásica activa^c
- antecedentes de hemorragia intracraneal espontánea (en cualquier momento)
- antecedentes de hemorragia intracraneal traumática en los últimos 12 meses
- malformación arteriovenosa cerebral
- ACV isquémico moderado o grave^d en los últimos 6 meses
- cirugía importante reciente o traumatismo grave en los 30 días anteriores a la ICP
- cirugía importante impostergable en un paciente que recibe 2 fármacos antiplaquetarios

Criterios menores

- edad ≥ 75 años
- ERC con TFGe de 30-59 ml/min/1,73 m²
- Hb 11-12,9 g/dl en hombres o 11-11,9 g/dl en mujeres
- hemorragia espontánea que haya requerido hospitalización y/o una transfusión sanguínea en los últimos 12 meses que no cumplan el criterio mayor
- uso crónico de AINE o glucocorticoides orales
- antecedente de ACV isquémico en cualquier momento que no cumpla el criterio mayor

Tratamiento Antitrombótico en el SCA.



Está recomendada la anticoagulación parenteral para todos los pacientes con SCA desde el momento del diagnóstico^{2022,2016}

I	A
---	---

Tratamiento Antitrombótico en el SCA



Estudio PLATO y TRITON-TIMI 38

La aspirina está recomendada para todos los pacientes sin contraindicaciones con una dosis inicial de carga de 150-300 mg (o 75-250 mg i.v.) y dosis de mantenimiento de 75-100 mg una vez al día para el tratamiento a largo plazo^{784,785}

I	A
---	---

A potent P2Y12 (prasugrel or ticagrelor), or clopidogrel if these are not available or are contraindicated, is recommended before (or at latest at the time of) PCI, and maintained over 12 months, unless there are contraindications such as excessive risk of bleeding

I	A
---	---

ATLANTIIC trial (2014)
NO mejoró la reperfusión previa a la ICP

Registro SWEDHEART



Pre-treatment with a P2Y12 receptor inhibitor may be considered in patients undergoing a primary PCI strategy

IIb	B
-----	---

Tratamiento Antitrombótico en el SCA



La aspirina está recomendada para todos los pacientes sin contraindicaciones con una dosis inicial de carga de 150-300 mg (o 75-250 mg i.v.) y dosis de mantenimiento de 75-100 mg una vez al día para el tratamiento a largo plazo^{284,285}

I	A
---	---

Para pacientes que no hayan recibido previamente tratamiento con un inhibidor del P2Y₁₂ y se someten a ICP puede considerarse el uso de cangrelor²⁵¹⁻²⁵⁴

IIb	A
-----	---

Inhibidores de la GP IIb/IIIa → para fenómenos de “no reflow” o complicación trombótica

IIa

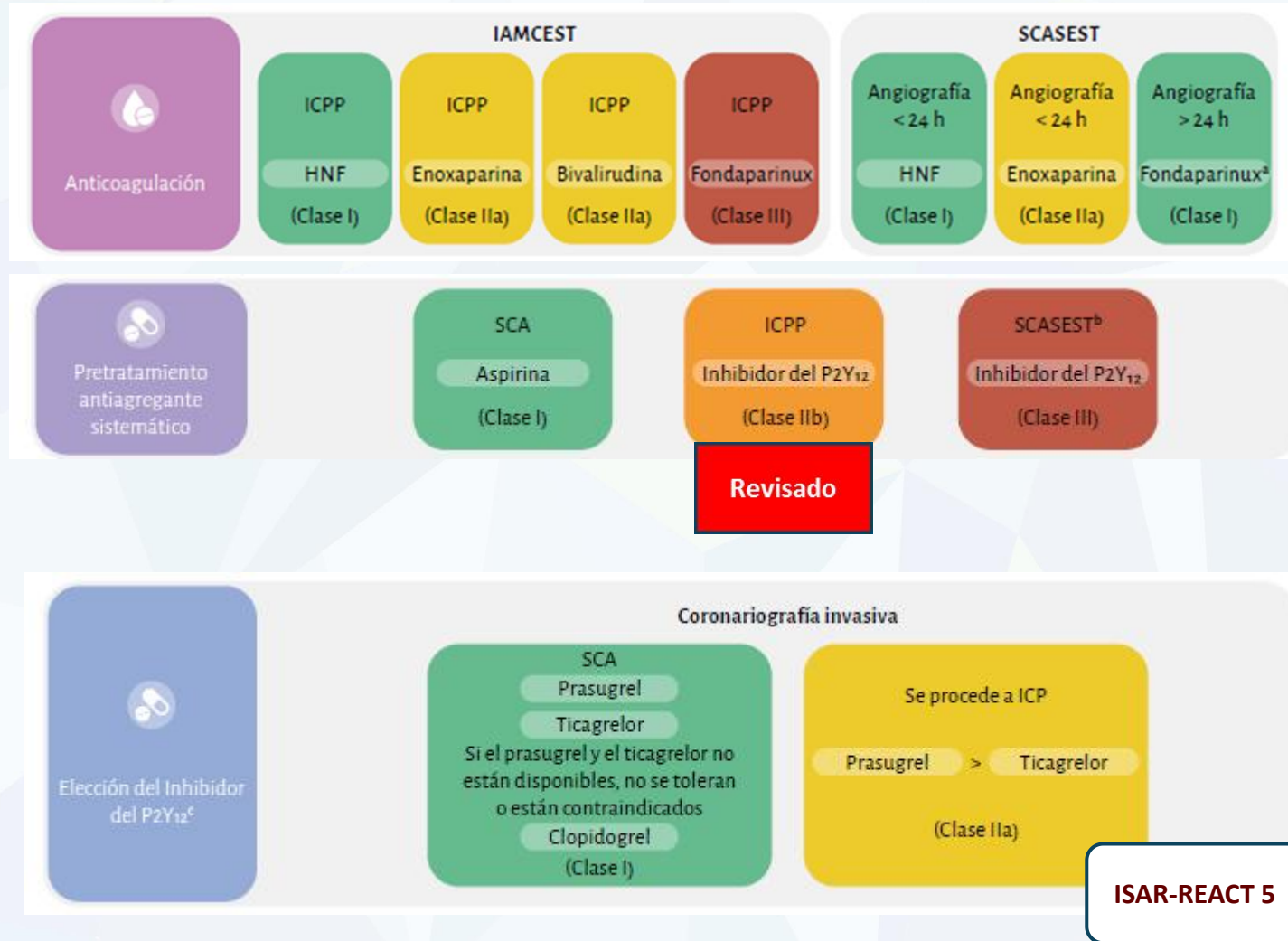
Tratamiento Antitrombótico en el SCA



No está recomendado el pretratamiento rutinario con un inhibidor del P2Y ₁₂ para pacientes con SCASEST en los que se desconoce la anatomía coronaria y se planifica una estrategia invasiva temprana (< 24 h) ^{744,747,748,793-795}	III	A
---	-----	---

Se puede considerar el pretratamiento con un inhibidor del P2Y ₁₂ para pacientes con SCASEST en los que no se anticipa una estrategia invasiva temprana (< 24 h) y no tienen riesgo hemorrágico alto ⁷⁶³	IIb	C
--	-----	---

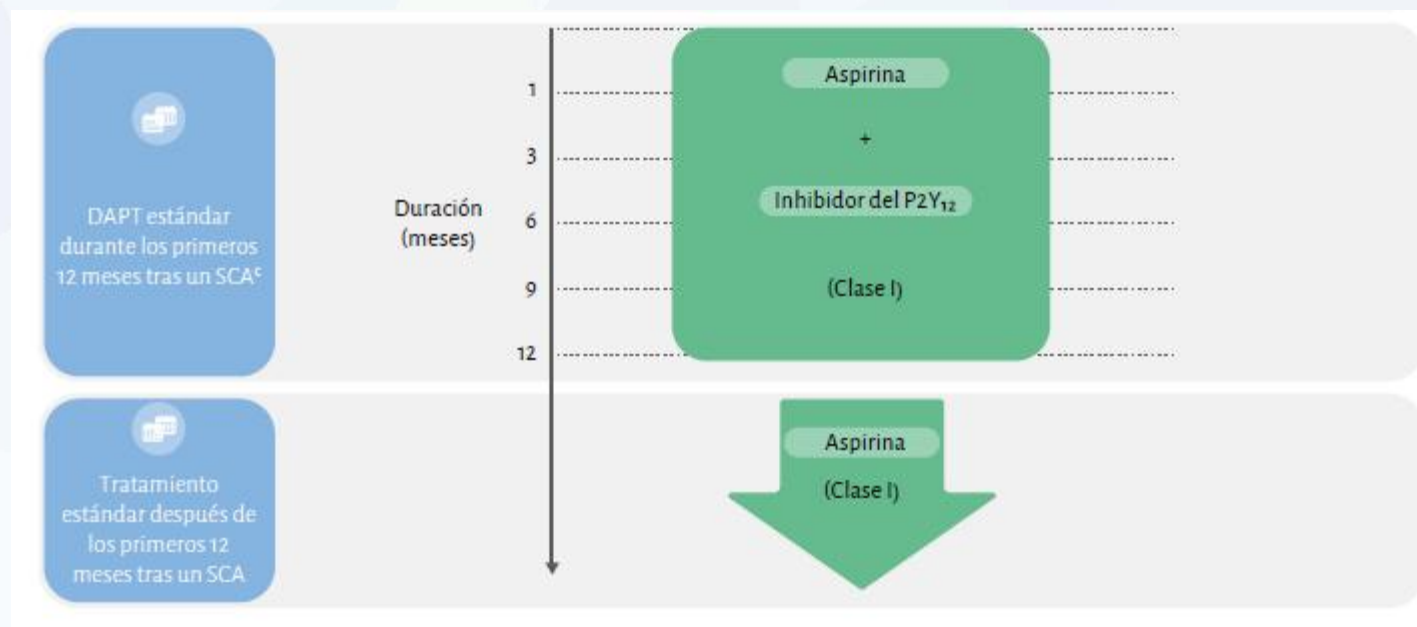
Tratamiento Antitrombótico en el SCA



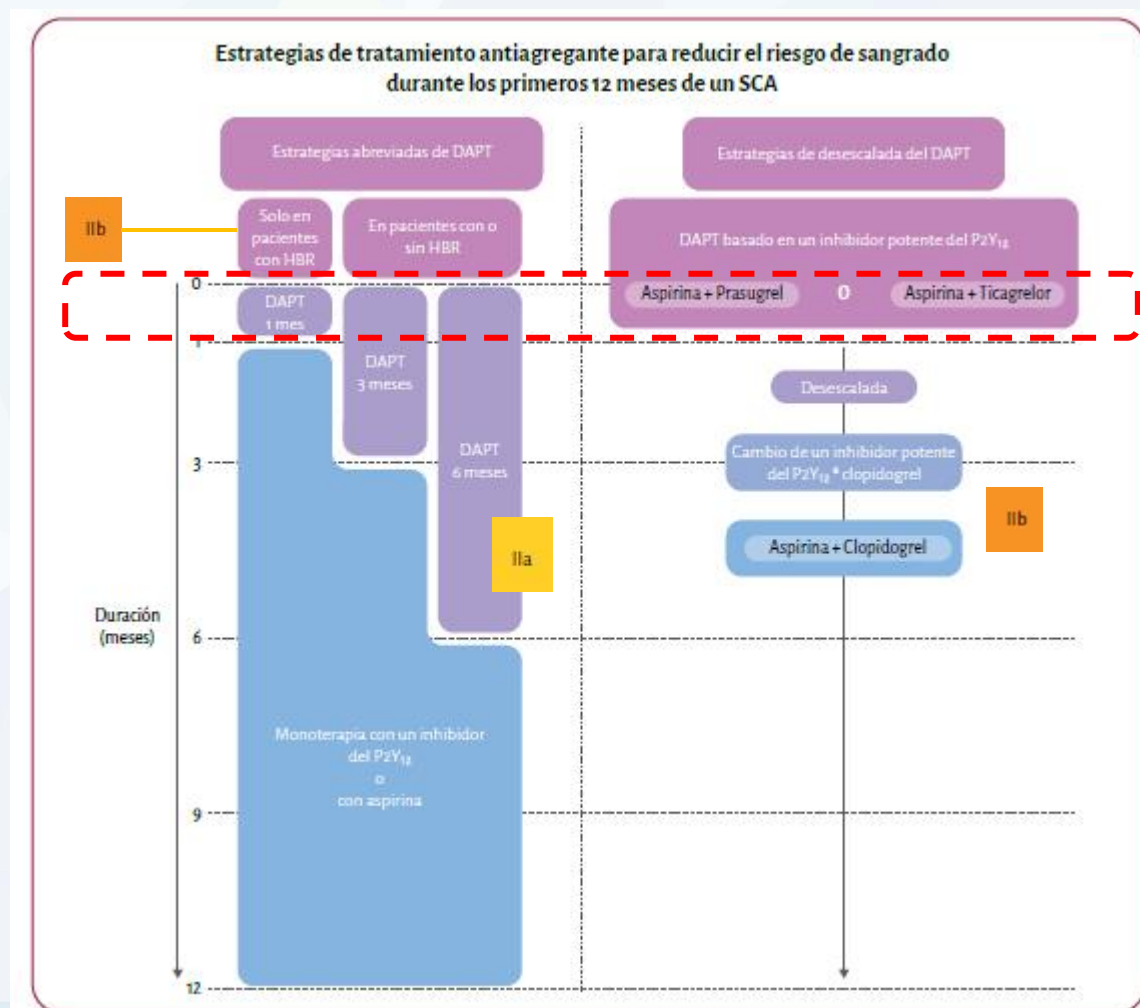
NO HAY ESTUDIOS QUE APOYEN el pretratamiento rutinario con P2Y12

ISAR-REACT 5

TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN EL SCA ESTRATEGIA ESTANDAR A LARGO PLAZO



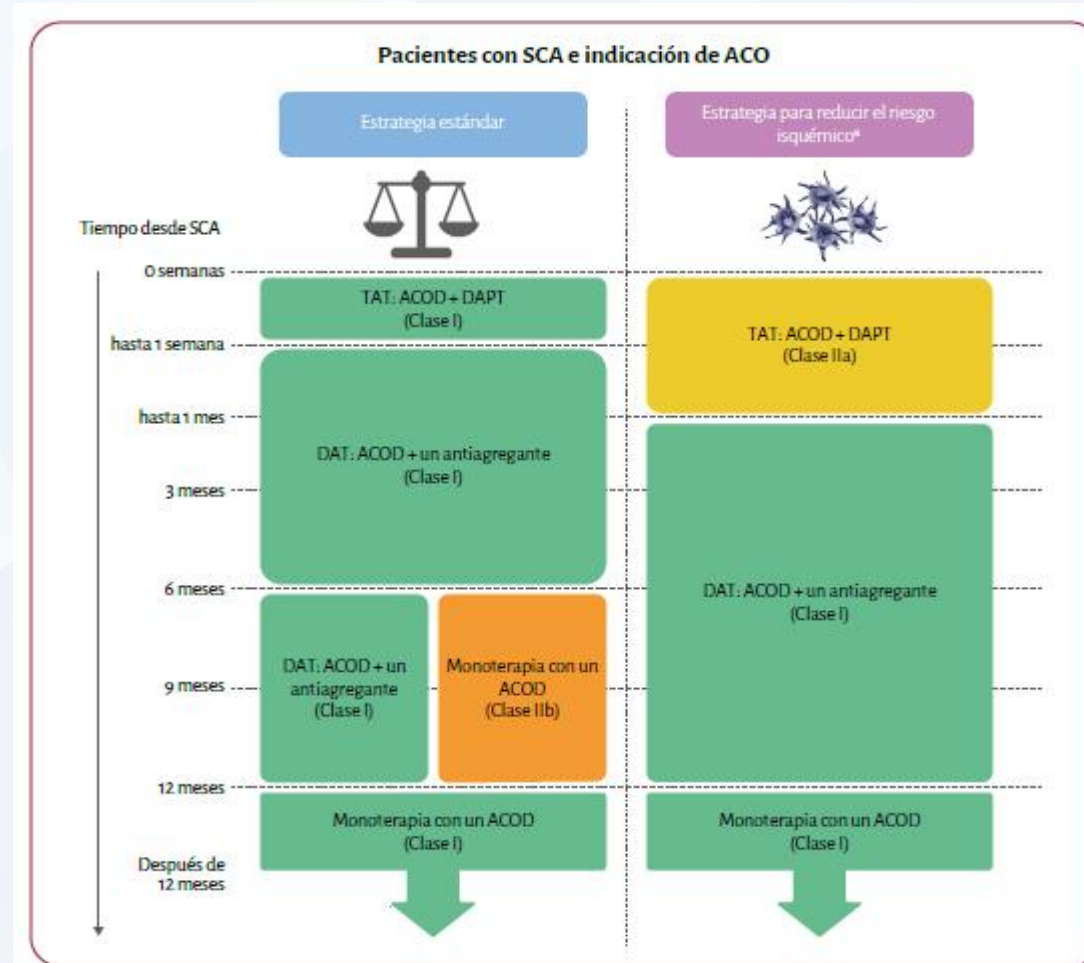
Estrategias alternativas de tratamiento antiagregante para reducir el riesgo hemorrágico durante los 12 primeros meses tras un SCA.



Estrategias en pacientes con ANTICOAGULACIÓN CRÓNICA.

No se recomienda el uso de ticagrelor o prasugrel como parte del tratamiento antitrombótico triple

III	C
-----	---




PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR)



**Presentación
clínica**

Parada
cardiaca



Sistemas de atención		
Se recomienda que los sistemas de salud implementen estrategias para facilitar el traslado directo de los pacientes reanimados de una parada cardiaca y con sospecha de SCA a un hospital con ICP 24/7 mediante un servicio especializado de emergencias ³⁹⁰⁻³⁹²	I	C
Se debe considerar el traslado de los pacientes que sufren una parada cardiaca extrahospitalaria a un centro especializado según los protocolos locales ^{391,393}	IIa	C

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Parada cardiaca intra y extrahospitalaria		
La ICP primaria es la estrategia recomendada para pacientes reanimados de una parada cardiaca que presentan elevación del segmento ST (o equivalentes) en el ECG ^{268,267,268}	I	B

La angiografía inmediata sistemática tras la reanimación de una parada cardiaca no está recomendada en pacientes hemodinámicamente estables sin elevación persistente del segmento ST (o equivalentes) ³⁷³⁻³⁷⁷	III	A
---	-----	---


**REVISAD
O**

COUPÉ
TOMAWAK
COACT

Control de la temperatura corporal		
El control de la temperatura corporal (monitorización continua de la temperatura central y prevención activa de la fiebre [$> 37,7^{\circ}\text{C}$]) está recomendado tras una parada cardiaca intra o extrahospitalaria en adultos que permanecen sin responder después del retorno espontáneo de la circulación ^{378-385,389}	I	B


Evaluación del pronóstico neurológico		
Se recomienda la evaluación del pronóstico neurológico (no antes de 72 h tras el ingreso) de todos los pacientes supervivientes de una parada cardiaca que permanecen en coma ³⁸⁶	I	C

SHOCK CARDIOGÉNICO



**Presentación
clínica**

*Shock cardiogénico/
insuficiencia cardiaca
aguda*



Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
La coronariografía inmediata e ICP de la arteria responsable (si está indicada) está recomendada para los pacientes con SCA complicado por <i>shock</i> cardiogénico ^{394,396,404}	I	B
Se recomienda la CABG urgente para el SCA complicado por <i>shock</i> cardiogénico si la ICP de la arteria responsable no es viable o fracasa ^{394,395}	I	B
En caso de inestabilidad hemodinámica está recomendada la reparación quirúrgica o percutánea urgente de las complicaciones mecánicas del SCA, después de la valoración del <i>Heart Team</i>	I	C

No está recomendado el uso rutinario del BCIA para pacientes con SCA en <i>shock</i> cardiogénico y sin complicaciones mecánicas ^{399,405-407}	III	B
---	-----	---

estudio IABP-SHOCK II

Para pacientes con SCA y <i>shock</i> cardiogénico grave/refractario se puede considerar la asistencia mecánica circulatoria a corto plazo ⁴⁰²	IIb	C
---	-----	---

Estudio ECLS SHOCK(ECMO)

Recomendaciones sobre Aspectos Técnicos de las Estrategias Invasivas

• Acceso Vascular

El acceso radial es la técnica recomendada de acceso, excepto cuando existan razones relacionadas con el procedimiento que lo desaconsejen^{451,452} **I A**

• Imagen Intravascular y Fisiología Coronaria (para guiar la revascularización)

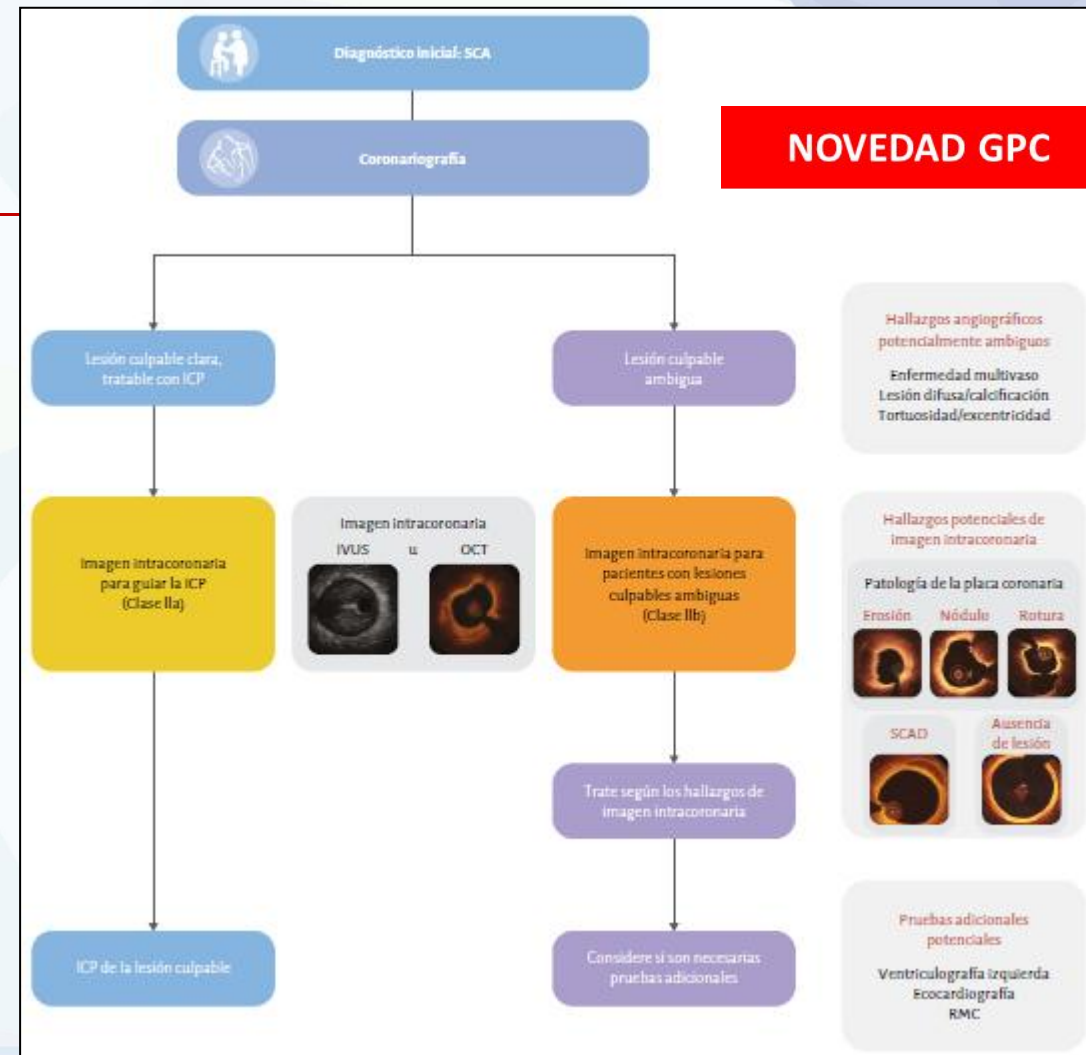
• Revascularización

En todos los casos se recomienda el uso de *stents* farmacoadactivos en lugar de *stents* sin recubrir^{463,466,468} **I A**

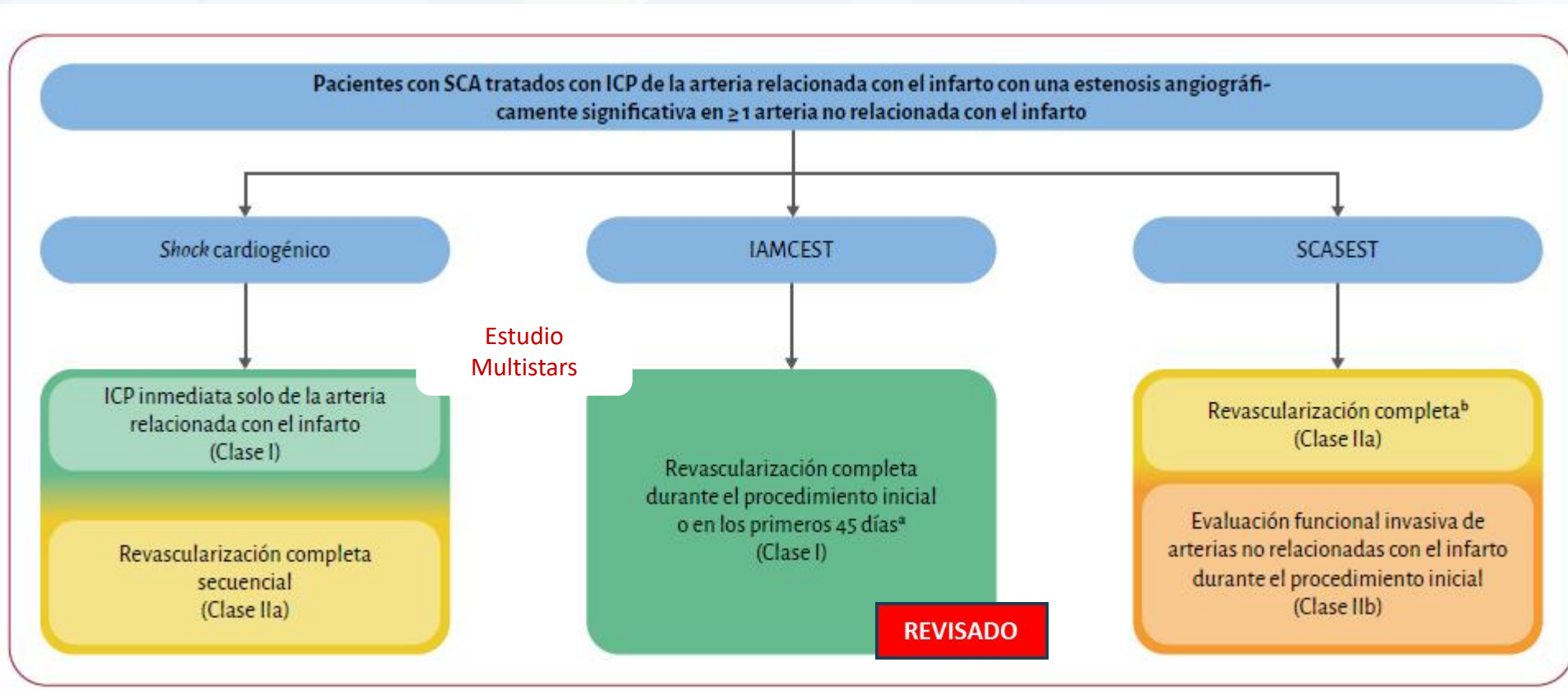
No se recomienda el uso rutinario de la aspiración de trombos⁴⁷²⁻⁴⁷⁴ **III A**

• No Revascularización

Vasos de pequeño tamaño y ramos terminales



Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con SCA ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO (50 % SCA tienen EMV)

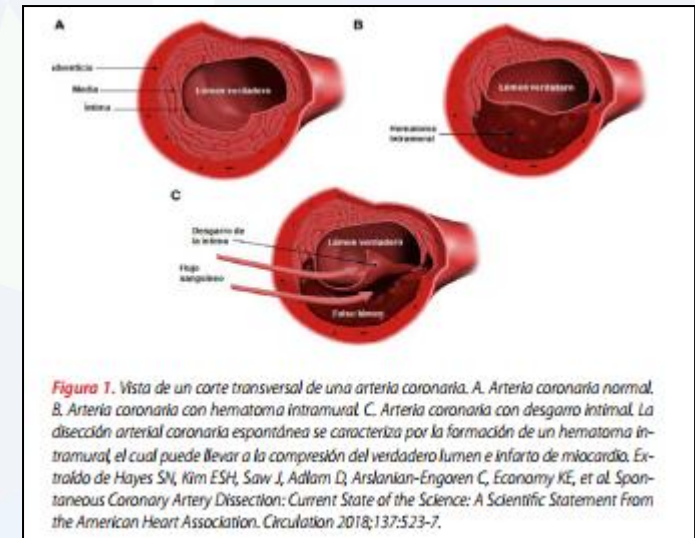


REVISADO

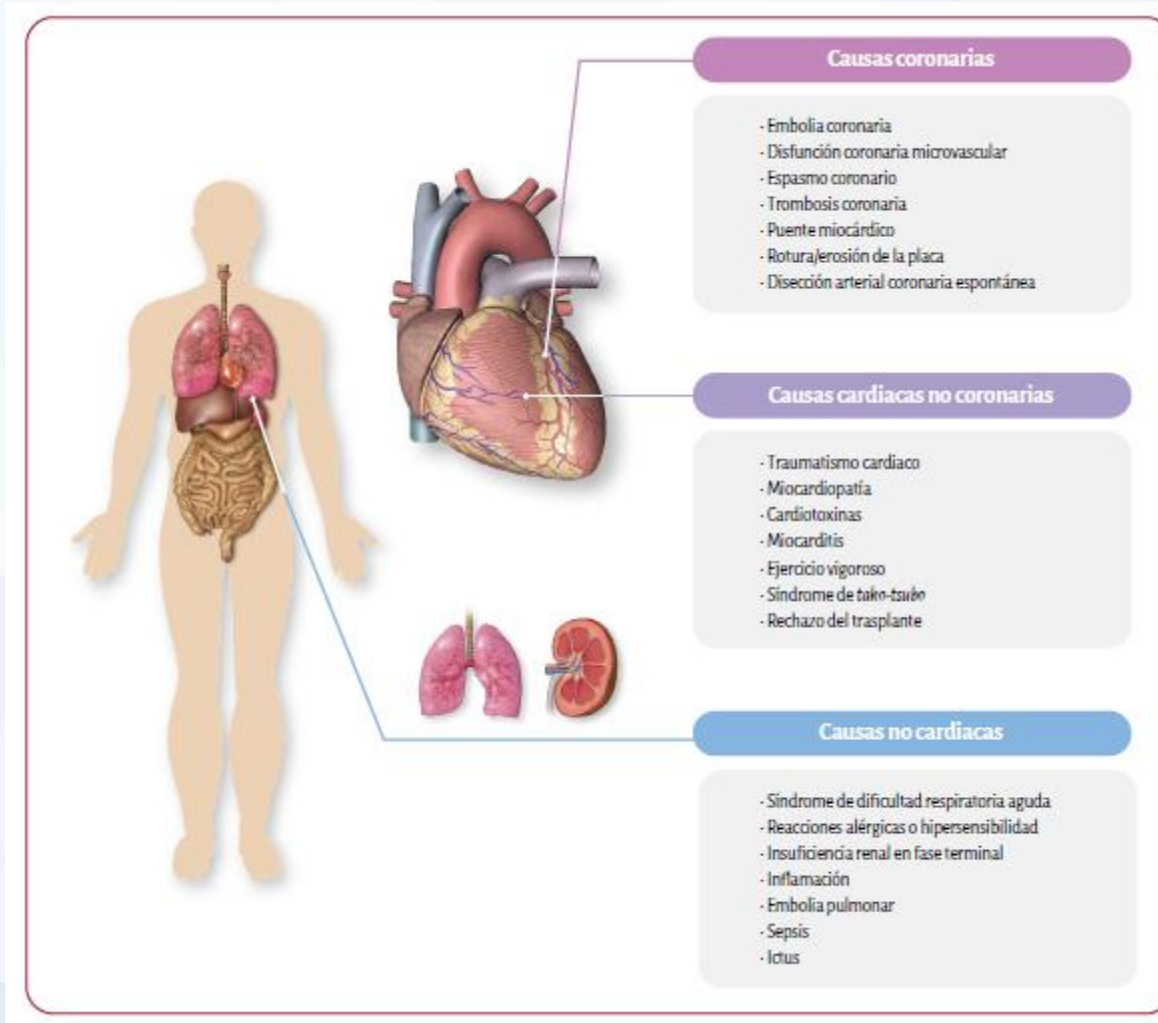
No se recomienda la evaluación funcional epicárdica invasiva de los segmentos no culpables de la arteria relacionada con el infarto durante el procedimiento inicial	III	C
--	-----	---

Diseción de la Arteria Coronaria Espontánea (DACE)

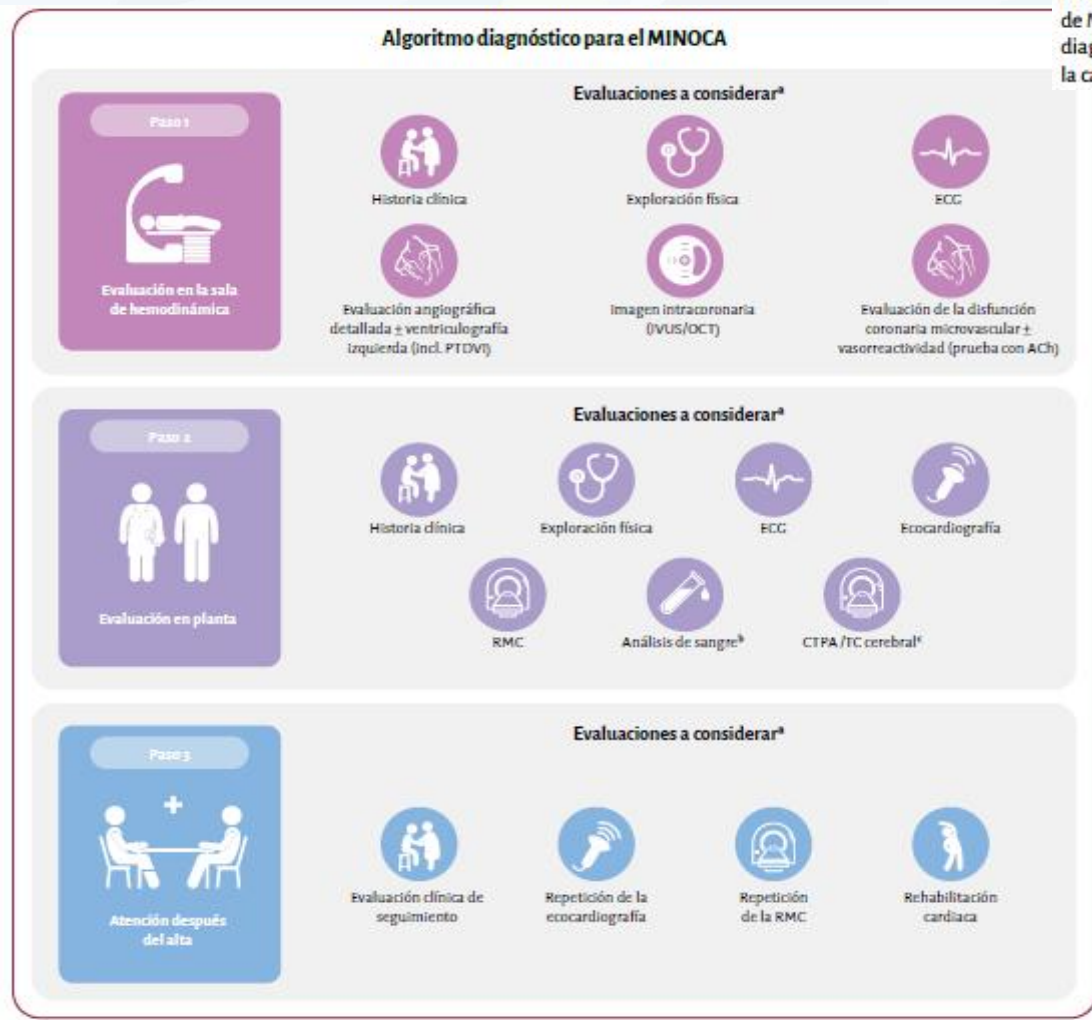
- **Igual manejo que cualquier SCA**
- **Diagnóstico Angiográfico:** No está recomendada la imagen intracoronaria
- **Tratamiento Farmacológico** (30% de pacientes tras ICP tienen complicaciones)
- **ICP si:**
 - síntomas persistentes de isquemia
 - Gran área de miocardio en riesgo
 - Ausencia de flujo anterógrado



Causas subyacentes en pacientes con un diagnóstico inicial de infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva (MINOCA).



Evaluación de los pacientes con un diagnóstico inicial de MINOCA (Diagnóstico de Trabajo)



Para todos los pacientes con un diagnóstico inicial de MINOCA se recomienda seguir un algoritmo diagnóstico para determinar el diagnóstico final de la causa subyacente



En pacientes con un diagnóstico inicial de MINOCA se recomienda la RMC tras la coronariografía invasiva si el diagnóstico final no está claro^{54,55}



COMPLICACIONES

- **Insuficiencia Cardíaca** (requiere tto urgente del SCA y de la ICA: Algoritmo establecido)
- **Complicaciones Mecánicas** (potencialmente mortales, requieren identificación y tto inmediato)
- **Trombo Intraventricular**
- **Pericarditis Post-IAM**
(mismos criterios que Pericarditis aguda)
- **Arritmias:**

Bradiarritmias

Se recomienda el implante de marcapasos permanente cuando el bloqueo AV de grado alto no se resuelve durante un periodo de espera de un mínimo de 5 días tras el infarto de miocardio

REVISADO

I	C
---	---

Arritmias Ventriculares

Arritmias ventriculares
El implante de un DAI está recomendado para reducir el riesgo de muerte súbita cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática (clase NYHA II-III) y FEVI \leq 35% pese a recibir tratamiento farmacológico óptimo durante más de 3 meses y al menos 6 semanas tras el infarto de miocardio, en los que se estima una esperanza de vida de un mínimo de un año en buen estado funcional^{434,609,610}

I	A
---	---

Trombos en el VI		
Se debe considerar el uso de RMC para pacientes con imágenes ecocardiográficas equívocas o en casos de sospecha clínica alta de trombos en el VI ^{577,578}	IIa	C
Se debe considerar la administración de anticoagulación oral (AVK o ACOD) durante 3-6 meses para pacientes con presencia confirmada de trombos en el VI ⁶⁰⁵	IIa	C
Tras un IAM anterior, se puede considerar la realización de ecocardiografía con contraste para la detección de trombos en el VI si el ápex no se visualiza adecuadamente mediante ecocardiografía regular ⁶⁰⁴	IIb	C

- **Sangrado** (es una causa importante de la interrupción no planificada del DAPT)

COMORBILIDADES

➤ Enfermedad Renal Crónica:

-igual estrategia diagnóstica

Se recomienda aplicar las mismas estrategias diagnósticas y terapéuticas a pacientes con ERC (puede ser necesario ajustar la dosis de fármacos) que a pacientes con función renal normal	I	C
--	---	---

-contraste hipo/iso-osmolar

Está recomendado el uso de un medio de contraste bajo o isoosmolar (al menor volumen posible) para las estrategias invasivas ⁶⁹¹⁻⁶⁹³	I	A
---	---	---

-hidratación para angiografía

Se debe considerar la hidratación durante y después de la angiografía para pacientes con riesgo de nefropatía inducida por contraste, especialmente para pacientes con insuficiencia renal aguda y/o con ERC con una TFGe < 30 ml/min/1,73 m ² ⁶⁹⁴⁻⁶⁹⁷	IIa	B
--	-----	---

➤ Diabetes

-ADO según comorbilidades

Se recomienda que la elección del tratamiento hipoglucemiante a largo plazo se base en la presencia de comorbilidades, como la insuficiencia cardiaca, la ERC y la obesidad ⁶⁹⁸⁻⁷⁰⁴	I	A
--	---	---

-Evaluar el estado glucémico (HbA1c) en todos los SCA

Se recomienda determinar el estado glucémico en la evaluación inicial de los pacientes con SCA ⁷⁰⁵⁻⁷⁰⁷	I	B
---	---	---

➤ Edad Avanzada

Igual estrategia diagnóstica
Fragilidad individualizar
Intervenciones y tratamiento

Pacientes mayores		
Se recomienda aplicar las mismas estrategias diagnósticas y terapéuticas en pacientes mayores que en pacientes más jóvenes ^{662,664,665,710,711}	I	B
Se recomienda adaptar la elección del tratamiento y la dosis de fármacos antitrombóticos, así como la medicación para la prevención secundaria, a la función renal, tratamientos concomitantes, comorbilidades, fragilidad, función cognitiva y contraindicaciones específicas ^{708,712}	I	B
Para pacientes mayores frágiles con comorbilidades se recomienda un enfoque holístico para individualizar el tratamiento farmacológico e intervencionista después de la evaluación de los riesgos y los beneficios ^{668,675,676}	I	B

Los 4 tipos más comunes de cáncer en pacientes con SCA son: próstata, mama, colon y pulmón.
Los pacientes con cáncer activo requiere tener en cuenta el **equilibrio entre el riesgo isquémico y el riesgo hemorrágico** a nivel individual.

El diagnóstico de cáncer en <12 meses es criterio mayor de alto riesgo hemorrágico(ARC-HBR). DAPT AAS+CLOPI

La estrategia invasiva (ICP con SFA si está indicada) está recomendada para pacientes con SCA y cáncer, siempre que el pronóstico sea > 6 meses o, independientemente del pronóstico, si el paciente está inestable.

Se recomienda una estrategia invasiva para pacientes con cáncer y SCA de alto riesgo y una esperanza estimada de vida ≥ 6 meses ^{58,1,20,190}	I	B
---	---	---

El tratamiento es complejo debido a la fragilidad, al > riesgo de sangrado, de trombocitopenia y > riesgo trombótico. Recomienda **la interrupción temporal del tratamiento oncológico y un enfoque multidisciplinar urgente.**

Sospecha de vasoespasmo: *monitorización + nitratos de larga duración + Antagonistas del calcio y AAS hasta que la enfermedad coronaria Aterosclerótica sea excluida o tratada.*

Se debe considerar una estrategia conservadora no invasiva para pacientes con SCA y cáncer con mal pronóstico ⁴ (con una esperanza de vida < 6 meses) y/o riesgo hemorrágico muy alto ⁴⁹⁰	IIa	C
---	-----	---

No se recomienda la administración de aspirina a pacientes con cáncer y un recuento plaquetario <10.000/ μ l ⁷⁵	III	C
--	-----	---

No se recomienda la administración de clopidogrel a pacientes con cáncer y un recuento plaquetario < 30.000/ μ l	III	C
--	-----	---

En pacientes oncológicos con SCA y un recuento plaquetario < 50.000/ μ l no se recomienda el uso de prasugrel o ticagrelor	III	C
--	-----	---

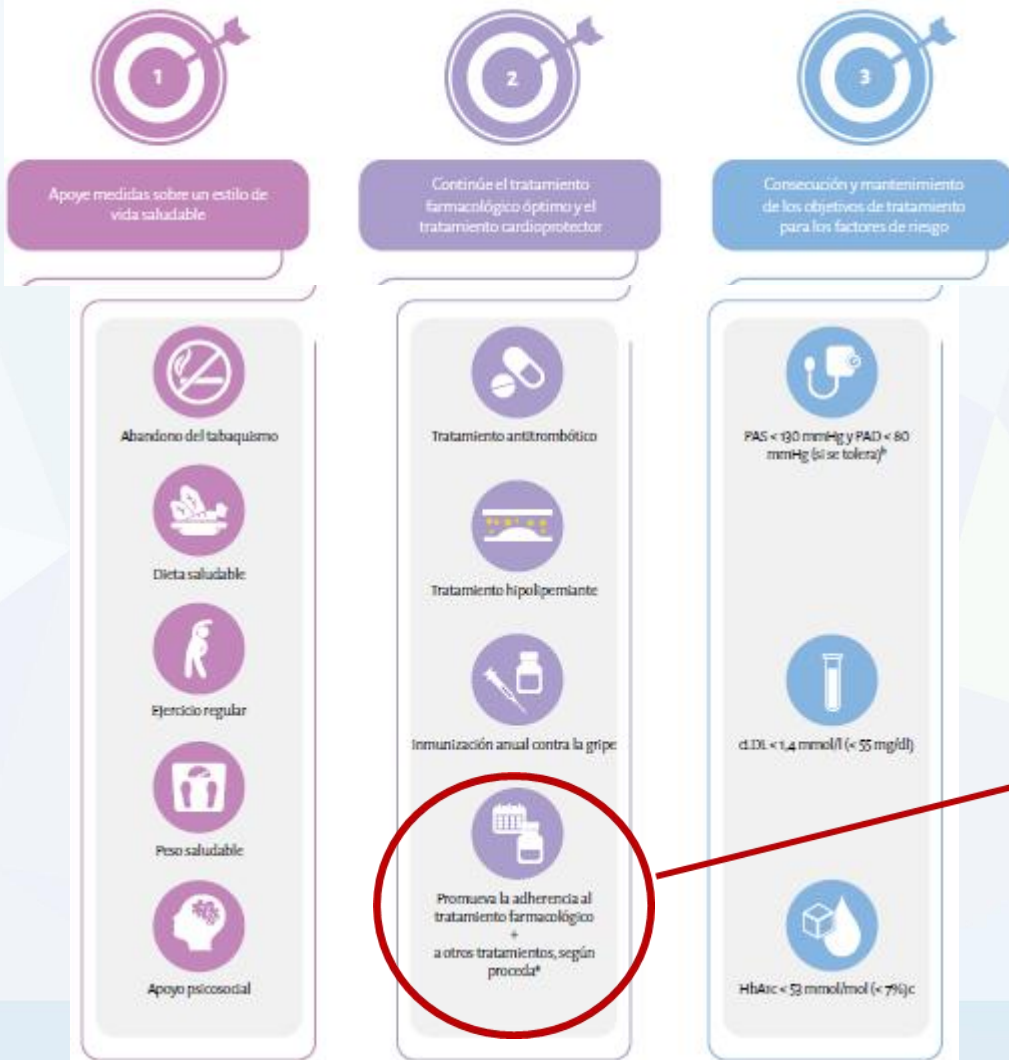


Medicación cardioprotectora antes del alta, intervenciones en el estilo de vida y derivación a rehabilitación cardiaca



Planifique la revisión en consulta ambulatoria para el tratamiento de comorbilidades y discuta los objetivos y preferencias de los pacientes

Objetivos del tratamiento



Recomendaciones	Clase*	Nivel ^b
Rehabilitación cardiaca		
Se recomienda que todos los pacientes con SCA participen en un programa de prevención y rehabilitación cardiaca integral, supervisada, estructurada, multidisciplinaria y basada en el ejercicio ^{2017-2018,2014}	I	A
Intervenciones en el estilo de vida		
Se recomienda que los pacientes con SCA adopten un estilo de vida saludable que incluye: • abandono del tabaquismo de cualquier tipo • dieta saludable (estilo mediterráneo) • restricción del consumo de alcohol • actividad física aeróbica y ejercicio de resistencia de forma regular • reducción del tiempo de sedentarismo ^{2012,2014,2017,2018,2019,2014}	I	B
Para fumadores, se debe considerar un seguimiento de apoyo, terapia de sustitución nicotínica, vareniclina o bupropión, solos o en tratamiento combinado ²⁰¹⁷⁻²⁰¹⁸	IIa	A

Adherencia a la medicación	Clase*	Nivel ^b
Se debe considerar el uso de la polipíldora como una opción para mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados de la prevención secundaria tras un SCA ²⁰	IIa	B



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SCA

1. Tratamiento antitrombótico
2. Tratamiento hipolipemiante
3. Betabloqueantes
4. Nitratos y antagonistas del calcio
5. Inhibidores del SRAA
6. Antidiabéticos orales (ISGLT2 y aGLP-1)
7. Vacuna de la gripe (> 65 años)
8. Colchicina **NOVEDAD**

Bloqueadores beta		
Se recomienda el tratamiento con bloqueadores beta para pacientes con SCA y FEVI \leq 40%, independientemente de los síntomas de insuficiencia cardiaca ^{801,870-872}	I	A
Se debe considerar la administración sistemática de bloqueadores beta a todos los pacientes con SCA, independientemente de la FEVI ^{798,873-876}	IIa	B

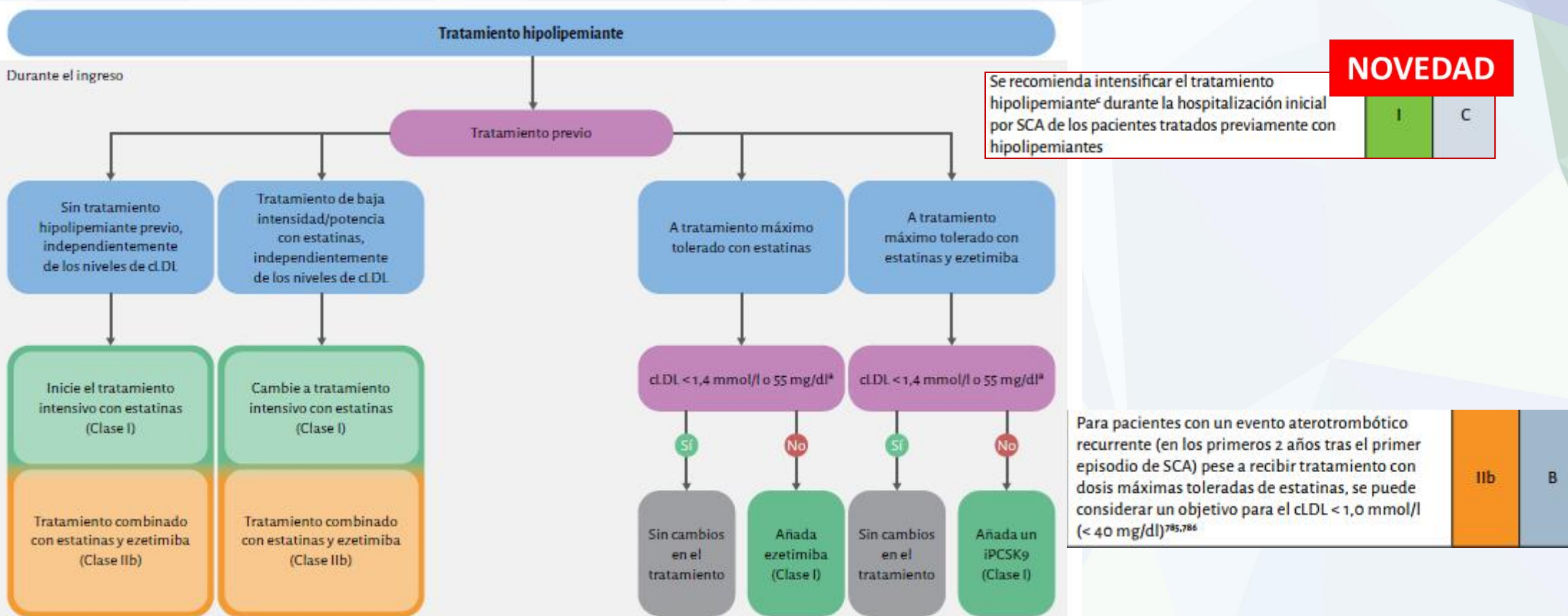
Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona		
Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) ^d están recomendados para pacientes con SCA y síntomas de insuficiencia cardiaca, FEVI \leq 40%, diabetes, hipertensión y/o ERC ^{795,813-817,879}	I	A
Los antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) están recomendados para pacientes con SCA y FEVI \leq 40%, e insuficiencia cardiaca o diabetes ^{820,880}	I	A
Se debe considerar el tratamiento rutinario con IECA para los pacientes con SCA independientemente de la FEVI ^{816,817}	IIa	A

Inmunización		
Está recomendada la inmunización contra la gripe para todos los pacientes con SCA ^{843,845-847}	I	A

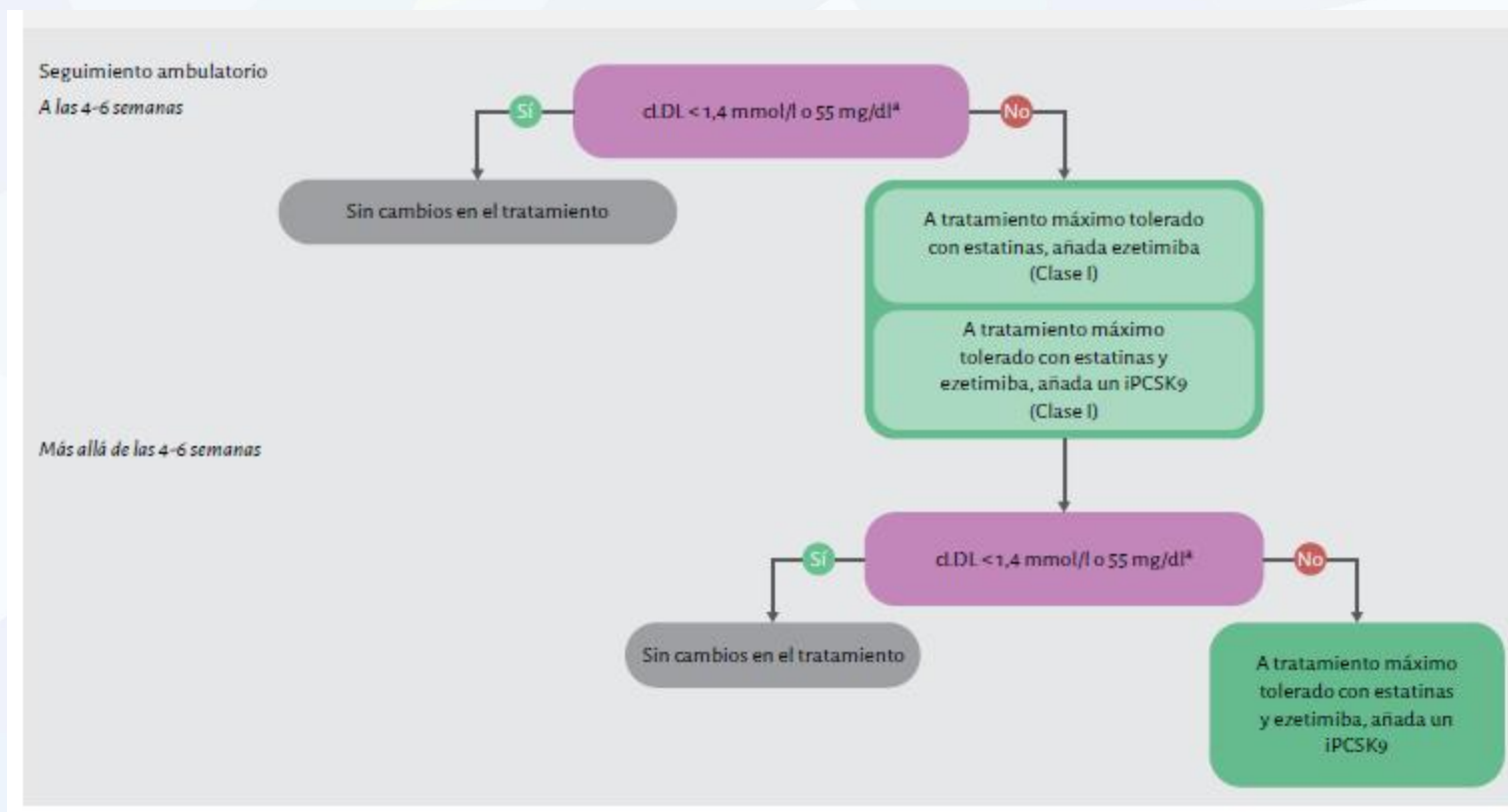
Fármacos antiinflamatorios		
Se puede considerar la administración de dosis bajas de colchicina (0,5 mg al día), particularmente cuando no se controlen adecuadamente otros factores de riesgo o en caso de eventos cardiovasculares recurrentes pese al tratamiento farmacológico óptimo ^{850,851}	IIb	A

TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE DURANTE EL INGRESO TRAS UN SCA.

Cambios en los hábitos de vida + tratamiento farmacológico
Estatinas de alta potencia (atorvastatina/rosuvastatina)
Inicio lo más precoz posible (beneficio pronóstico y adherencia)



TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE SEGUIMIENTO AMBULATORIO TRAS UN SCA



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN EL SCA

Atención centrada en el paciente en el síndrome coronario agudo

En cada fase, considere las necesidades físicas y psicosociales



Se recomienda evaluar los síntomas usando métodos que ayuden a los pacientes a describir su experiencia ⁹¹⁰	I	C
Se debe considerar el uso de la técnica «teach back» como ayuda para tomar decisiones durante el proceso de consentimiento informado ^{885,889-891}	Ila	B
Antes del alta se debe proporcionar información oral y escrita. Se debe considerar la preparación y educación del paciente antes del alta, mediante la técnica «teach back» y/o entrevista motivacional, proporcionar información en bloques claros y comprobar la comprensión de los pacientes ^{885,896,911}	Ila	B
Se debe considerar la evaluación del estado mental de los pacientes mediante herramientas validadas y la derivación a apoyo psicológico cuando esté indicado ^{903,904,912,913}	Ila	B

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES CON SCA





ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) **45**, 1193–1195
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad863>



Global Spotlights

The ‘10 commandments’ for the 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

Robert Byrne ^{1,2*}, **J.J. Coughlan**¹, **Xavier Rossello**^{3,4,5,6}, and **Borja Ibanez** ^{6,7,8*}

¹Cardiovascular Research Institute, Mater Private Network, Eccles Street 73, Dublin 7 D07 WKWB, Ireland; ²School of Pharmacy and Biomolecular Sciences, RCSI University of Medicine and Health Sciences, Dublin, Ireland; ³Health Research Institute of the Balearic Islands (IdiSBa), Palma, Spain; ⁴Cardiology Department, Hospital Universitari Son Espases, Palma, Spain; ⁵Faculty of Medicine, Universitat de les Illes Balears (UIB), Palma, Spain; ⁶Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), C. de Melchor Fernández Almagro, 3, Fuencarral-El Pardo, 28029 Madrid, Spain; ⁷Cardiology Department, IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain; and ⁸CIBERCV, Av. Monforte de Lemos, 3-5. Pabellón 11. Planta 0 28029 Madrid, Spain

LOS 10 MANDAMIENTOS DE LAS GPC DE LOS SCA ESC 2023

1. Los SCA deben considerarse como un espectro clínico que abarca la angina inestable (AI), el infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IMSEST) y el infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST).
2. Piense en «SCA» cuando evalúe inicialmente a los pacientes que presentan sospecha de SCA.
3. Generalmente se recomienda la angiografía coronaria invasiva (ACI) durante la hospitalización inicial para pacientes con SCA
4. Para pacientes que no presentan STEMI o SCASEST con indicación de ICA inmediata, Se debe utilizar los algoritmos ESC 0/1 o 0/2 h para descartar NSTEMI.
5. Se recomienda que todos los pacientes con diagnóstico de SCA sean tratados inicialmente con una combinación de terapia antiplaquetaria y anticoagulación parenteral.

LOS 10 MANDAMIENTOS DE LAS GPC DE LOS SCA ESC 2023

6. Terapia antiplaquetaria dual (DAPT) (aspirina y un inhibidor de P2Y12 prasugrel o ticagrelor), durante 12 meses para pacientes con diagnóstico de SCA.
7. Generalmente se recomienda la revascularización completa (mediante ICP o CABG) para pacientes con SCA.
8. Todos los pacientes que presentan SCA requieren una prevención secundaria agresiva para reducir el riesgo de eventos recurrentes.
9. Todos los pacientes con SCA deben ser dados de alta con medicamentos cardioprotectores, con información sobre el manejo del estilo de vida, una derivación a rehabilitación cardíaca y una cita ambulatoria de seguimiento.
10. La atención de los pacientes que presentan SCA no sólo debe reflejar la mejor evidencia científica, sino que también debe intentar promover la atención que sea respetuoso y receptivo a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes individuales.

“MIS CONCLUSIONES”

- 1. Unificación del SCA como ESPECTRO**
- 2. Reducir la indicación del pretratamiento con DAPT EN EL STEMI**
- 3. Estrategia Invasiva Precoz (<24h) en el SCASEST DE ALTO RIESGO**
- 4. No realizar coronariografía de rutina en la PCR (salvo si el paciente tiene elevación del ST)**
- 5. Nuevas Indicaciones del SCA en paciente oncológico**
- 6. La Atención Centrada en el Paciente**

GRACIASiiiiii

