

Tabla 1: Probabilidad de que los signos y síntomas representen un síndrome coronario agudo (SCA) secundario a enfermedad coronaria

	Probabilidad alta	Probabilidad media	Probabilidad baja
	<i>Al menos una de las siguientes:</i>	<i>Ausencia de características de alta probabilidad y presencia de cualquiera de las siguientes:</i>	<i>Ausencia de características de alta o media probabilidad, pero puede existir cualquiera de las siguientes:</i>
Historia Clínica	Dolor o molestias torácicas o en brazo izquierdo como síntoma principal, reproduciendo una angina previamente documentada. Historia conocida de cardiopatía isquémica, incluyendo infarto de miocardio.	Dolor o molestias torácicas o en brazo izquierdo como síntoma principal. Edad >70 años. Sexo masculino. Diabetes mellitus. Enfermedad vascular extracardíaca.	Síntomas probables de isquemia miocárdica, pero en ausencia de cualquiera de las características de probabilidad intermedia. Uso reciente de cocaína.
Exploración física	Regurgitación mitral transitoria, hipotensión, diaforesis, edema pulmonar o estertores.		Molestias torácicas reproducidas por palpación.
Hallazgos ECG	Desviación transitoria del segmento ST \geq 0.05 mV) o inversión de onda T \geq 0.2 mV) nueva o presumiblemente nueva, con los síntomas.	Onda Q establecida. Anomalías del segmento ST u onda T no documentadas como nuevas.	ECG normal. Aplanamiento o inversión de onda T en derivaciones con ondas R dominantes.
Marcadores cardíacos	Troponina I, Troponina T, o CPK-MB elevadas.	Normal	Normal

Tomada de: Braunwald et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with Unstable Angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. JACC 2000;36:970-1062.

Tabla 2: Riesgo a corto plazo (1 mes) de muerte o IAM no fatal en pacientes con angina inestable

	Riesgo alto	Riesgo intermedio	Riesgo bajo
	<i>Al menos una de las siguientes:</i>	<i>Sin ser de alto riesgo, al menos una de las siguientes:</i>	<i>Sin ser de alto o medio riesgo, al menos una de las siguientes:</i>
Anamnesis	Aceleración de los síntomas isquémicos en las 48 h previas.	Antecedentes de: IAM, AVC, vasculopatía periférica, cirugía coronaria, uso de AAS.	
Características del dolor	Dolor en reposo prolongado (> 20 min) todavía presente.	Angina de reposo prolongada (> 20 min), ya resuelta, con probabilidad moderada o alta de enfermedad coronaria. Angina en reposo no-prolongada (< 20 min) o aliviada con reposo o NTG sublingual.	Angina de reciente comienzo Clase III o IV de la CCS en las 2 semanas previas, sin dolor en reposo prolongado (>20 min), pero con probabilidad moderada o alta de enfermedad coronaria.
Hallazgos clínicos	Angina con: <ul style="list-style-type: none"> • Edema pulmonar, muy probablemente debido a isquemia. • Aparición o empeoramiento de: soplo de insuficiencia mitral, R3 o estertores. • Hipotensión, taquicardia, bradicardia. 	Edad mayor de 70 años.	Angina provocada por un umbral menor.
Hallazgos en ECG	Angina en reposo con cambios transitorios del ST > 0,05 mV. Bloqueo de rama nuevo o presumiblemente nuevo. Taquicardia ventricular sostenida.	Inversiones > 0,2 mV de la onda T. Ondas Q patológicas.	ECG normal o sin cambios durante un episodio de molestias torácicas.
Marcadores cardiacos	Marcadamente elevados (ej. TnT o Tnl >0,1 ng/ml).	Ligeramente elevados (ej TnT >0,01 ng/ml pero < 0,1 ng/ml).	Normales.

Adaptada de: Braunwald et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with Unstable Angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. JACC 2000;36:970-1062.

Tabla 2 (modificada)*: Riesgo a corto plazo de muerte o IAM no fatal en pacientes con angina inestable

	Riesgo alto	Riesgo intermedio	Riesgo bajo
	<i>Al menos una de las siguientes:</i>	<i>Sin ser de alto riesgo, al menos una de las siguientes:</i>	<i>Sin ser de alto o medio riesgo, al menos una de las siguientes:</i>
Características del dolor	Dolor prolongado (> 20 min) todavía presente.	Angina de reposo prolongada (>20 min), ya resuelta, y con probabilidad moderada o alta de enfermedad coronaria. Angina de reposo que cede con NTG. Angina nocturna. Angina de reciente comienzo (en las 2 semanas previas) clase III-IV de la CCS.	Angina progresiva: aumento de la frecuencia, severidad, duración de las crisis o provocadas con un umbral menor. Angina de reciente comienzo (entre los 2 meses y las 2 semanas previas).
Hallazgos clínicos	Angina con: <ul style="list-style-type: none"> • Edema pulmonar, relacionado con la isquemia. • Aparición o empeoramiento de: Soplo de insuficiencia mitral, R3 o estertores. • Hipotensión. 	Edad superior a los 65 años.	
Hallazgos ECG	Angina en reposo con cambios del ST > 1mV.	Cambios dinámicos de la onda T con la angina. Depresión del ST en reposo < 1 mm en múltiples derivaciones. Ondas Q patológicas.	ECG normal o sin cambios durante un episodio de molestias torácicas.
Marcadores cardíacos	Troponinas T o I elevadas.	Troponinas normales.	Troponinas normales.

(*) Modificación del Cardiology Forum: Antman EM, Fox KM for the International Cardiology Forum. Guidelines for the diagnosis and management of unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction: Proposed revisions. Am Heart J 2000;139:461-75.

Tabla 3: Clasificación de la angina inestable

Circunstancias clínicas			
Severidad	A Desarrollada en presencia de una condición extracardiaca que intensifica la isquemia miocárdica (angina inestable secundaria)	B Desarrollada en ausencia de condición extracardiaca (angina inestable primaria)	C Desarrollada en las 2 semanas siguientes a un IAM (angina inestable postinfarto)
I Angina severa de nuevo comienzo o angina progresiva, no de reposo	IA	IB	IC
II Angina de reposo en el pasado mes pero no en las últimas 48 h (angina de reposo, subaguda)	IIA	IIB	IIC
III Angina de reposo en las últimas 48 h (angina de reposo, aguda)	IIIA	IIIB-T_{neg} IIIB-T_{pos}	IIIC

T_{neg}: Troponinas negativas. **T_{pos}**: Troponinas positivas

Hamm C, Braunwald E. A classification of unstable angina revisited. *Circulation* 2000; 102:118-122.

Tabla 4a: Riesgo a corto plazo de muerte o IAM no fatal en pacientes con SCA sin elevación del ST

	Riesgo alto	Riesgo bajo
Características desfavorables:	Presenta alguna de las características desfavorables	No presenta ninguna de las características desfavorables
Isquemia recurrente durante el periodo de observación (8 h siguientes).	Si	No
Angina post-IAM (primeras 2 semanas).	Si	No
Inestabilidad hemodinámica (crepitantes pulmonares o edema pulmonar franco, hipotensión, R3, desarrollo de disfunción mitral).	Si	No
Inestabilidad arritmica (taquicardia / fibrilación ventricular)	Si	No
Alteraciones del ST con el dolor	Si	No (ECG normal o con ondas T aplanadas o negativas, pero sin alteraciones del ST)
Troponina elevada	Si	No

Adaptado de: Task Force Report of the European Society of Cardiology. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation. Eur Heart J 2000;21:1406-1432.

Tabla 4b: Escala de riesgo TIMI para AI/IAMNST

Característica	Puntuación*
Edad 65 años	1
3 factores de riesgo arterial coronario	1
Estenosis coronaria significativa conocida ($\geq 50\%$)	1
Desviación del ST $\geq 0,5$ mm	1
Síntomas anginosos severos (ej: ≥ 2 episodios de angor en las últimas 24 h)	1
Uso de AAS en los últimos 7 días	1
Marcadores cardiacos séricos elevados	1

* Grado de riesgo = suma de puntos (0-7).

Antman EM y cols. The TIMI Risk Score for unstable angina/non-ST elevation MI. A method for prognostication and therapeutic decision making. JAMA 2000;284 (7):835-42

Tabla 5: Estratificación mediante test no invasivos

Alto riesgo (>3% de mortalidad anual)

1. Disfunción VI severa (FEVI < 35%) en reposo
2. Puntuación* de alto riesgo en el test de esfuerzo (menor o igual a -11)
3. Disfunción VI severa (FEVI < 35%) en ejercicio
4. Defecto amplio de perfusión inducido por el estrés (particularmente si es anterior)
5. Múltiples defectos de perfusión de moderado tamaño inducidos por el estrés
6. Defecto amplio y fijo de perfusión con dilatación del VI o captación aumentada pulmonar (Talo²⁰¹)
7. Defecto moderado de perfusión inducido por el estrés con dilatación del VI o captación aumentada pulmonar (Talo²⁰¹)
8. Eco de estrés con anomalías de la motilidad (afectando >2 segmentos) desarrollados a bajas dosis de dobutamina ($\leq 10 \text{ mg kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$) o a una frecuencia cardiaca < 120 lpm.
9. Evidencia de isquemia extensa en la ecocardiografía de estrés

Riesgo intermedio (1-3% de mortalidad anual)

1. Disfunción VI ligero-moderada en reposo (FEVI 35-49%)
2. Puntuación* de riesgo intermedio en el test de esfuerzo (entre -11 y +5)
3. Defecto moderado de perfusión inducido por el estrés sin dilatación VI o captación pulmonar aumentada (Talo²⁰¹)
4. Isquemia limitada en la ecocardiografía de estrés con una anomalía de la motilidad sólo a dosis altas de dobutamina, que afecta a 2 segmentos como máximo.

Riesgo bajo (<1% de mortalidad anual)

1. Puntuación* de riesgo bajo en el test de esfuerzo (mayor o igual a +5)
2. Perfusión normal o defecto pequeño en reposo o estrés
3. Motilidad normal o anomalías ligeras en reposo, sin cambios en la eco de estrés.

(*) La puntuación de riesgo en el test de esfuerzo se basa en el *Score de Duke*, que se calcula de la siguiente forma: Puntuación = (tiempo de ejercicio en minutos) – (5 x desviación del ST en mm) – (4 x índice de angina). En esta fórmula, el índice de angina se considera: 0= no hay angina, 1= si hay angina y 2= la angina es el motivo de finalización del test. La desviación del ST es tabulada como la máxima desviación encontrada en cualquier derivación, durante el ejercicio o en la fase de recuperación, una vez descontadas las desviaciones basales del ST si las hubiera. El tiempo de ejercicio se refiere a "minutos del Protocolo de Bruce".

Tabla original de: Gibbons et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina. JACC 1999;33:2092-197. Esta misma tabla es usada en: Braunwald et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with Unstable Angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. JACC 2000;36:970-1062.

Tabla 6: Tratamiento beta-bloqueante

Pautas por vía oral		
Principio activo	Selectividad	Dosis usual para angina
Propranolol	No	Hasta 160-320 mg/día
Metoprolol	β₁	100-200 mg/día.
Atenolol	β₁	50-200 mg/día
Nadolol	No	40-240 mg/día
Bisoprolol	β₁	10 mg al día
Labetalol	No (α y β)	200-600 mg/día
Pautas por vía i.v.		
Propranolol	1 mg/min. hasta 10 mg	
Metoprolol	5 mg i.v. lento (en 1-2 min.), cada 5 minutos, hasta una dosis total de 15 mg. En pacientes que han tolerado bien los 15 mg i.v., puede comenzarse con la vía oral 15 min. después de la última dosis i.v., con 25-50 mg/oral/6h durante 48h, y después seguir con la dosis de mantenimiento de 100 mg/oral/12h.	
Atenolol	5 mg i.v. iniciales, seguido 5 minutos después de una 2ª dosis de 5 mg i.v., y 1-2 horas después seguir con vía oral 50-100 mg/día.	
Esmolol (β ₁)	Bolo inicial lento (en 2 a 5 min.) de 0.5 mg/kg, seguido de una infusión a 0,1 mg/kg/min, incrementándose 0.05 mg/kg/min cada 10-15 min, mientras lo permita la presión arterial, hasta conseguir respuesta terapéutica o alcanzar una dosis de 0.3 mg/Kg/min.	

Tabla adaptada de: Gibbons et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina. JACC 1999;33:2092-197. Esta misma tabla es usada en: Braunwald et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with Unstable Angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. JACC 2000;36:970-1062.

Tabla 7: Tratamiento antitrombótico en el SCA sin elevación del ST (SCASEST)

Antiagregantes plaquetarios orales	
AAS	Dosis inicial de 250 mg (160-325 mg), no entérica. Dosis de mantenimiento de 75-100 mg, por tiempo indefinido.
Clopidogrel	Dosis inicial de carga de 300 mg (*) Dosis de mantenimiento de 75 mg, durante 1 año (**) (*) En los casos programados para intervencionismo coronario inmediato, la dosis de carga de Clopidogrel podrá ser de 600 mg, para alcanzar más rápidamente la inhibición de la función plaquetaria (IIa-B). (**) Tras un SCASEST, está indicada la asociación de clopidogrel al AAS durante 1 año, independientemente de que se hayan implantado o no stents convencionales o farmacoactivos. Si, además se han implantado stents farmacoactivos, ello constituiría una indicación adicional para mantener el clopidogrel durante 1 año. No obstante, la duración exacta del tiempo de tratamiento con clopidogrel se ajustará, según la relación beneficio/riesgo hemorrágico de cada paciente.
Anticoagulantes (***)	
Heparina no fraccionada	60-70 mg/Kg i.v. en bolo (máximo de 5000 U), seguido de una infusión de 12-15 U/Kg/h (máximo 1000 U/h) para alcanzar un TPTA entre 1'5-2'5 veces el control.
Dalteparina	120 UI/Kg (máximo 10.000 UI) subcutáneas cada 12 h.
Nadroparina	86 UI/kg subcutánea cada 12 h.
Enoxaparina	1 mg/Kg subcutánea cada 12 h; la primera dosis puede precederse de 30 mg i.v. en bolo. Antes de ACTP: si han transcurrido > 8 h desde la última dosis s.c., bolo i.v. adicional de 0.3 mg/Kg de enoxaparina, o bien bolo i.v. adicional de heparina no fraccionada (50 UI/Kg si se usan anti-GPIIb/IIIa o 60 UI/kg en caso contrario).
Fondaparinux	2.5 mg subcutáneos cada 24 h Antes de ACTP: si < 6h desde la última dosis s.c. y no se usan anti-GPIIb/IIIa, bolo i.v. de 2.5 mg de fondaparinux; si > 6h desde última dosis s.c., bolo i.v. de 2.5 o 5 mg de fondaparinux, según se usen o no anti-GPIIb/IIIa; se aconseja añadir, en todos los casos, un bolo i.v. de heparina no fraccionada.
Bivalirudina	Bolo i.v. inicial de 0.1 mg/Kg e infusión de 0.25 mg/Kg/h. Antes de ACTP: bolo adicional i.v. de 0.5 mg/Kg (0.75 mg/Kg si sólo se usa durante la ACTP) y elevar la infusión i.v. a 1.75 mg/Kg/hora.
<i>(***) Ajustar las dosis al riesgo de hemorragia, en función de edad, sexo, peso corporal, función renal, antecedentes de hemorragia, tratamiento antiagregante y actitud intervencionista. Evitar solapamiento de HBPM y HNF.</i>	
Antiagregantes plaquetarios intravenosos (anti-GPIIb/IIIa) ****	
Abciximab	0.25 mg/Kg en bolo, seguidos de infusión i.v. de 0.125 µg/Kg/min (máximo de 10 µg/min) durante 12-24 h.
Eptifibatida	180 µg/Kg en bolo i.v. (segundo bolo a los 10 minutos, en caso de ACTP) seguidos de infusión i.v. de 2 µg/Kg/min durante 72 h.
Tirofiban	0.4 µg/Kg/min en infusión i.v. durante 30 min, seguidos de una infusión de 0.1 µg/Kg/min. durante 48 a 72 h.

*(****) Si los bloqueadores de las GP IIb/IIIa se han prescrito en un SCA sometido a ACTP, se continuarán durante 12 h más (abciximab) o 12 a 24 h (tirofiban, eptifibatide) tras la ACTP.*

Tabla 8: Indicaciones generales del tratamiento hipolipemiante en la prevención secundaria de la Cardiopatía Isquémica.

Indicación de estatinas	En general, se recomienda tratamiento con estatinas a todo paciente con evidencia de cardiopatía isquémica. Antes de iniciar el tratamiento con estatinas deben determinarse los enzimas hepáticos y monitorizarse posteriormente. No se recomienda la monitorización rutinaria de la creatinina, a menos que el paciente refiera síntomas musculares (dolor o debilidad).
Objetivos a alcanzar según cLDL	Según las GPC europeas sobre prevención cardiovascular secundaria, el objetivo terapéutico general es reducir el cLDL por debajo de 2,5 mmol/l (96 mg/dl) y el colesterol total por debajo de 4,5 mmol/l (175 mg/dl). Para el ATPIII sería una opción terapéutica razonable alcanzar unos niveles de cLDL más bajos (<70 mg/dl) en pacientes de muy alto riesgo (*). Igualmente, según las GPC de la AHA/ACC, si el cLDL está entre 70 y 100 mg/dl, es razonable tratar para reducir cLDL a < 70 mg/dl (IIa evidencia B).
Dosis habituales de estatinas	Para alcanzar estos objetivos, las GPC europeas recomiendan, además de dieta hipolipemiante, tratamiento con estatinas a las dosis que han demostrado disminuir la morbi-mortalidad en los ensayos clínicos (40 mg de sinvastatina, 40 mg de pravastatina, 80 mg de fluvastatina o 10 mg de atorvastatina).
Titulación dosis de estatinas	Si estas dosis no son suficientes para alcanzar los valores deseados de CT y cLDL mencionados anteriormente, se aumentará la dosis para alcanzar los objetivos propuestos en la medida que lo tolere el paciente.
Estatinas a altas dosis	Se ha demostrado que altas dosis de atorvastatina (80 mg/día) reducen el riesgo de eventos cardiovasculares, tras un SCA y también en la Cardiopatía isquémica estable; sin embargo, el aumento de la eficacia de estas altas dosis de estatinas se acompaña de un aumento de los marcadores de daño hepático. Por ello, el tratamiento con altas dosis de atorvastatina se reservará preferentemente a los pacientes de muy alto riesgo (*), mientras que en la Cardiopatía Isquémica estable se recomienda una valoración individualizada del cociente riesgo/beneficio.
Combinación de fármacos	En caso de que el paciente no tolere bien las estatinas a altas dosis o que no se obtenga un control lipídico con las dosis de estatinas más altas, se reducirán la dosis y se combinará las estatinas con ezetimibe o resinas para intentar un adecuado control del colesterol. Sin embargo, hasta el momento no se ha documentado el efecto de esta terapia combinada en la morbilidad y la mortalidad. Otros fármacos hipolipemiantes, como los fibratos, pueden ser útiles en casos con triglicéridos > 200 mg/dl y cHDL < 40 mg/dl. Cuando se usan fibratos asociados a dosis altas de estatinas, aumenta el riesgo de miopatía, lo que habrá que vigilar. Finalmente, en casos de dislipemia asociados a obesidad, se considerará asociar un bloqueador de los receptores CB1.

AHA/ACC= GPC de la American Heart Association y del American College of Cardiology. ATPIII= GPC del National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III. CT= Colesterol Total. cHDL= Colesterol-HDL. cLDL= Colesterol-LDL. GPC = Guías de Práctica Clínica. SCA= Síndrome Coronario Agudo.

(*) Se consideran pacientes de muy alto riesgo a aquellos con SCA o con múltiples factores de riesgo coronario, especialmente si son diabéticos y/o cumplen criterios de Síndrome Metabólico.

Tomado de:

- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2003;24:1601-10.
- Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, Pasternak RC, Smith SC Jr, Stone NJ, NHLBI/ACC/AHA. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation. 2004 Jul 13;110(2):227-39.
- Despres JP, Golay A, Sjostrom L; Rimonabant in Obesity-Lipids Study Group. Effects of Rimonabant on Metabolic Risk Factors in Overweight Patients with Dyslipidemia. N Engl J Med 2005;353:2121-34.
- AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update. J. Am. Coll. Cardiol. 2006;47:2130-2139.
- Fox K, et al. Guía sobre el manejo de la angina estable de la Sociedad Europea de Cardiología. Versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2006;59(9):919-7.
- Ward S et al. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. Health Technology Assessment 2007; Vol 11: number 14.

Tabla 9: Factores de riesgo modificables para cardiopatía isquémica. Valores de intervención y objetivos en prevención secundaria

Factor de riesgo	Valor de intervención	Objetivo
Colesterol total	> 200 mg/dl	< 200 mg/dl
Colesterol LDL	> 100 mg/dl (dieta y fármacos)	< 96-100 mg/dl * < 70 mg/dl en pacientes de alto riesgo**
Colesterol HDL bajo	< 40 mg/dl en varones > 50 mg/dl en mujeres	> 40 mg/dl en varones < 50 mg/dl en mujeres
Triglicéridos	> 150 mg/dl (dieta) > 200 mg/dl (dieta y fármacos)	< 150 mg/dl
Tensión arterial	> 130/85 mmHg (dieta) > 140/90 mmHg (dieta y fármacos)	< 130/85 mmHg***
Tabaquismo	Fumadores	Cese completo del tabaquismo Evitar exposición ambiental
Diabetes mellitus	120-140 mg/dl (dieta) > 140 mg/dl (dieta y fármacos) Hb A1C > 7%	< 120 mg/dl Hb A ₁ C < 6.5%
Obesidad y sobrepeso	IMC > 25 kg/m ² Perímetro abdominal: • Hombre > 102 cm • Mujer > 88 cm	IMC > 25 kg/m ² Perímetro abdominal: • Hombre > 102 cm • Mujer > 88 cm
Sedentarismo	Sujetos sedentarios	Ejercicio aeróbico (marcha, natación, ciclismo, etc.) durante 30-60 min, mínimo 3-5 días a la semana, y a una intensidad del 65-85% de la capacidad máxima.

* Las actuales GPC europeas recomiendan una cifra de Colesterol Total < 4,5 mmol/l (175 mg/dl) y de Colesterol LDL < 2,5 mmol/l (96 mg/dl), como norma general en prevención secundaria. **Para el ATP III sería una opción terapéutica razonable alcanzar unos niveles de Colesterol LDL más bajos (<70 mg/dl) en pacientes de muy alto riesgo (Diabetes, Síndrome Metabólico, Síndrome Coronario Agudo). *** En diabetes o enfermedad renal crónica el objetivo de TA es < 130/80 y en caso de diabéticos con proteinuria > 1gr, el objetivo sería < 125/75 mmHg.

Tomado con modificaciones de:

Braunwald E et al. ACC/AHA Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction—2002: Summary Article A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *Circulation* 2002;106:1893-1900.

Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, Pasternak RC, Smith SC Jr, Stone NJ; NHLBI; ACC/AHA. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation*. 2004 Jul 13;110(2):227-39.

AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2006;47:2130-2139.

Tabla 10: Grados de severidad de la angina estable según la Canadian Cardiovascular Society (CCS)

GRADO I	La actividad física ordinaria, como andar o subir escaleras, no produce angina. La Angina es consecuencia de ejercicios extenuantes, rápidos o prolongados.
GRADO II	Limitación ligera de la actividad ordinaria. La angina aparece en las siguientes circunstancias: andando o subiendo escaleras de forma rápida, subiendo cuevas, paseando o subiendo escaleras después de las comidas, con frío o viento, bajo estrés emocional o sólo durante las primeras horas del día. Bajo circunstancias normales y a un paso normal, el paciente es capaz de andar por llano más de dos manzanas y subir más de un piso de escaleras.
GRADO III	Limitaciones manifiestas en la actividad física ordinaria. La angina puede aparecer al andar una o dos manzanas o subir un piso de escaleras.
GRADO IV	El paciente es incapaz de llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física. De forma ocasional, puede aparecer Angina en reposo.

(*) Tomada de: Fernández C, Bardají JL, Concha M, Cordo JC, Cosin J, Magriñá J, et al. Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en Angina Estable. Rev Esp Cardiol 2000; 53:967-996.

ABREVIATURAS

AAS	Acido acetilsalicílico
ACTP	Angioplastia coronaria transluminal percutánea. Actualmente se prefiere el término ICP (Intervencionismo Coronario Percutáneo)
AE	Atención Especializada
AI	Angina inestable
AP	Atención Primaria
AI/IAMNST	Angina inestable e infarto sin elevación del ST. Actualmente se prefiere el acrónimo SCASEST (Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST).
AVC	Accidente vascular cerebral
BIACP	Balón intraaórtico de contrapulsación
CPK-MB	Isoenzima MB de la creatín-fosfo-kinasa
DCCU-AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
DEA	Desfibriladores externos automáticos
DT	Dolor torácico
ECG	Electrocardiograma
ETE	Ecocardiograma transesofágico
ETT	Ecocardiograma transtorácico
FC	Frecuencia cardíaca
FE	Fracción de eyección
FRC	Factores de riesgo coronario
GOT/ AST	Transaminasa glutámico oxalacética/Aspartato aminotransferasa
GPC	Guías de práctica clínica
GPT/ ALT	Transaminasa glutámico pirúvica/Alanina aminotransferasa
HBPM	Heparina de bajo peso molecular
HDL	High-Density lipoprotein
HNF	Heparina no fraccionada
HTA	Hipertensión arterial
IAMNST	Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST
IAMST	Infarto agudo de miocardio con elevación del ST
IC	Insuficiencia cardíaca
IECAs	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenoso
LDL	Low-density lipoprotein
NHAAP	National Heart Attack Alert Program
NTG	Nitroglicerina

PPS	Programas de prevención secundaria
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RM	Resonancia magnética
SAA	Síndrome aórtico agudo
SCA	Síndrome coronario agudo
SCCU-H	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario
s.l.	Sublingual
SSPA	Servicio Sanitario Público de Andalucía
TC	Tomografía axial computarizada
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TIM	Test de isquemia miocárdica
UAU	Unidad de Atención al Usuario
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VI	Ventrículo izquierdo
V/Q	Cociente ventilación-perfusión