



ERİŞKİN İLERİ YAŞAM DESTEĞİ EĞİTİCİ EĞİTİMİ



ANİ KARDİYAK ÖLÜM

“ Sudden Cardiac Death”(SCD)



“**SCD** ; Semptomların akut olarak başlamasını takiben 1 saat içinde ani bilinç kaybı ile ortaya çıkan kardiyak nedene bağlı doğal ölüm”

Bu durumda daha önce bilinen kardiyak hastalığı varlığı bilinen veya bilinmeyen bir olguda, ölüm tipi veya zamanının önceden bilinmemesi tanı kriterleridir

**AKS SCD olgularının %50'sinde
primer etiyolojik nedendir**



STEMI Tedavi Klavuzu ACC/AHA Güncelleme



Miyokard Enfarktüsü

Evrensel Tanım

ESC/ACCF/AHA/WHF

1. Miyokardiyal hasarı gösteren biyokimyasal belirteçlerde (tercihen troponin) normalin üst sınırınının 2 mislinden fazla yükselme ve kademeli düşme (troponin) veya daha hızlı yükselme ve düşme (CK-MB) ve aşağıdakilerden en az bir tanesi
 - a) İskemik semptomlar
 - b) Yeni iskemi gösteren EKG değişiklikleri (yeni ST-T değişikliği veya sol dal bloğu)
 - c) EKG de patolojik Q dalgası
 - d) Yeni canlı doku kaybının görüntülenen kanıtı veya yeni bölgesel duvar hareket anormalliği
2. Miyokard iskemisini destekleyen semptomları olan kardiyak arrestle seyreden ani, beklenmedik kardiyak ölüm
3. Bazal troponin değeri normal olup PKG esnasında biyokimyasal belirteçlerde 3 mislinden fazla artış veya KABG esnasında 5 mislinden fazla artış olması (ve yeni patolojik Q dalgası yada yeni LBBB olması) işlemle ilişkili miyokard infarktüsü olarak değerlendirilir.
4. Akut MI patolojik bulguları

Circulation 2007;116:2634-2653



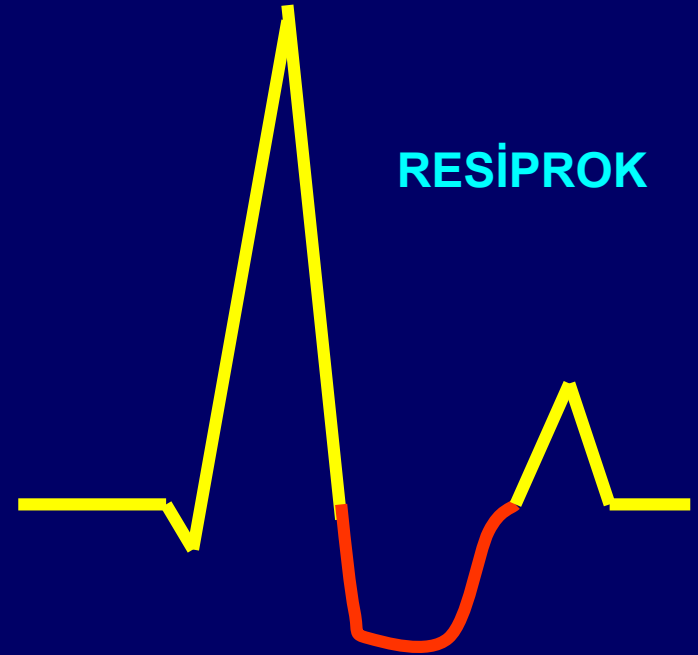
Akut Evre

İNFARKT BÖLGESİ

KARŞI SAĞLAM BÖLGE



ST ELEVASYONU



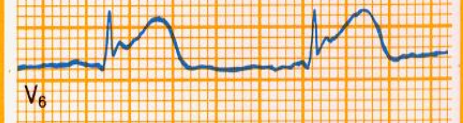
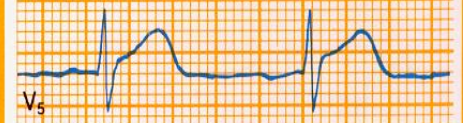
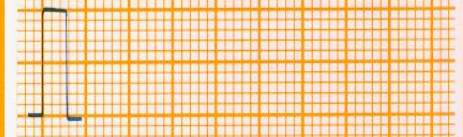
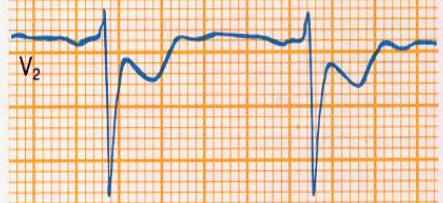
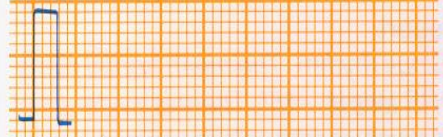
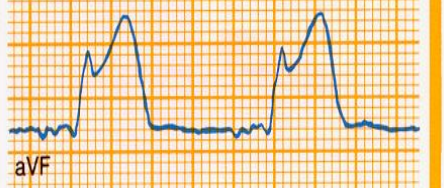
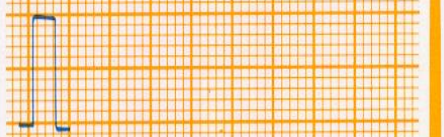
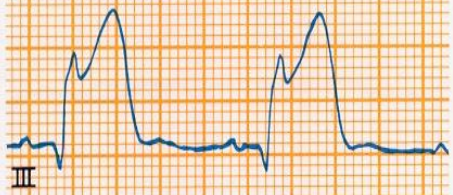
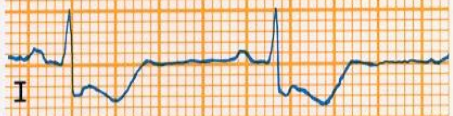
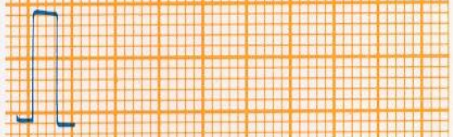
ST DEPRESYONU

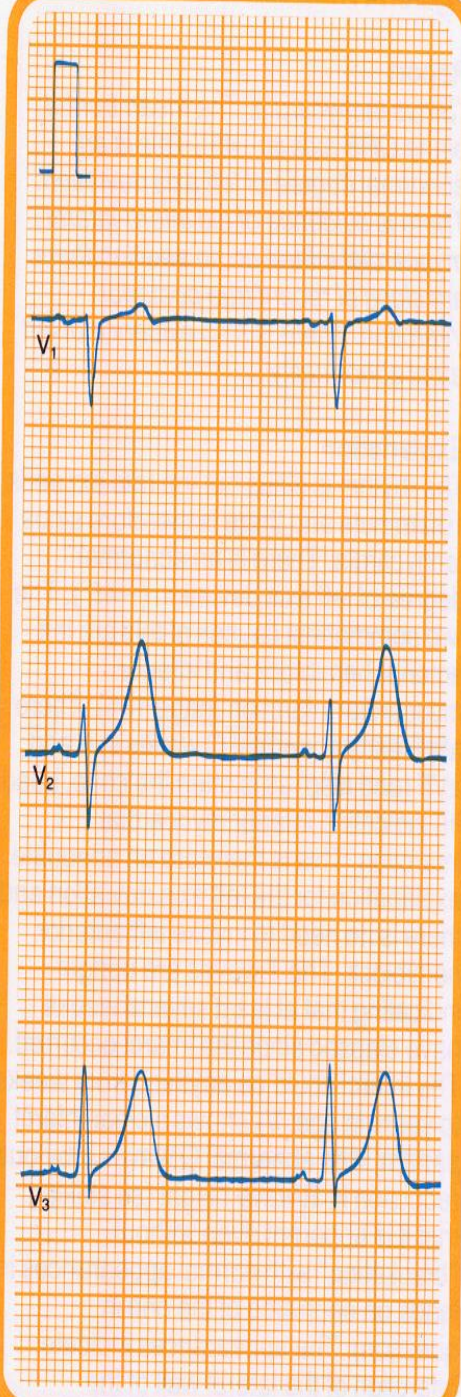
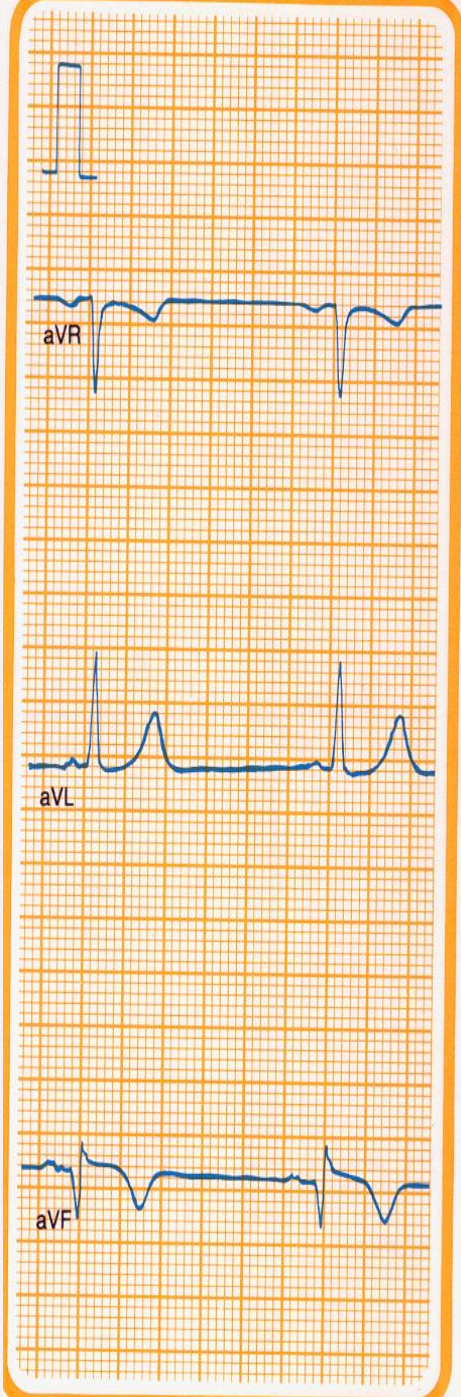
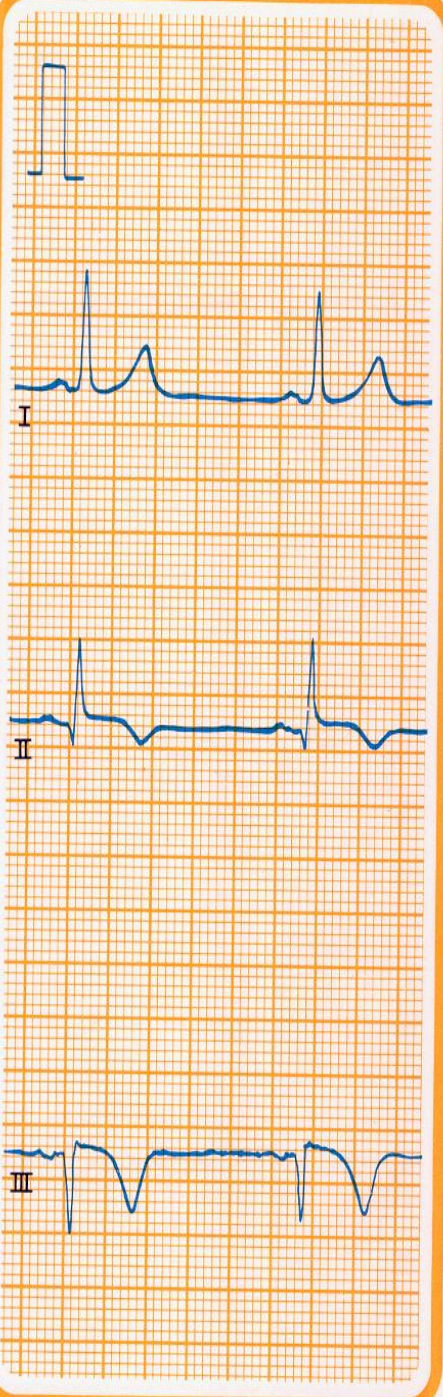


Lokalizasyon:

1. İnferiyor MI ;

- * II, III ve aVF de ST Yüksekliği
(İnfarkt alanını gören derivasyonlar)
- * I, aVL, V 1-6 da ST Çökmesi
(Sağlam karşı alanı gören derivasyonlar-
resiprok)

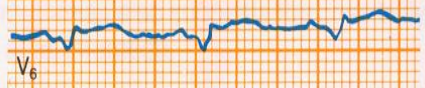
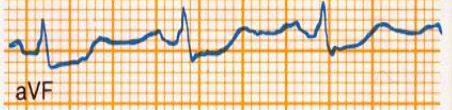
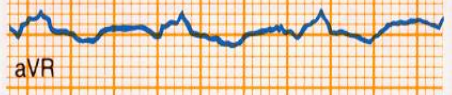
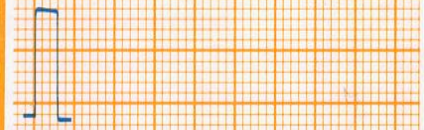


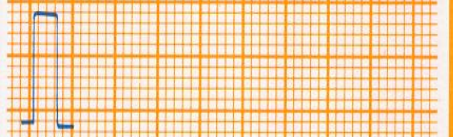




2. Anterior Mİ:

- Anterior : V1-4 de ST Yükselmesi
- Anterolateral : DI, aVL, V5, V6 da ST Yükselmesi
- Yaygın Anterior: DI, aVL, V1-6 da ST Yükselmesi
(İnfarkt alanını gören derivasyonlar)
- II, III, aVF de ST Çökmesi
(Sağlam karşı alanı gören derivasyonlar-resiprok)

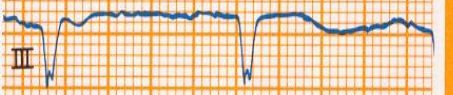




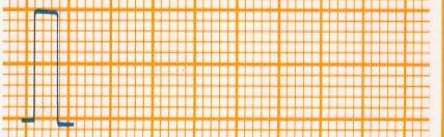
I



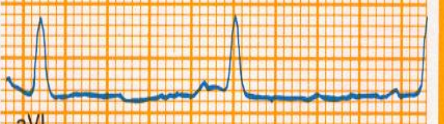
II



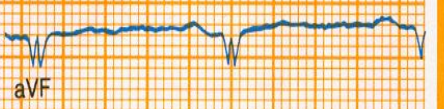
III



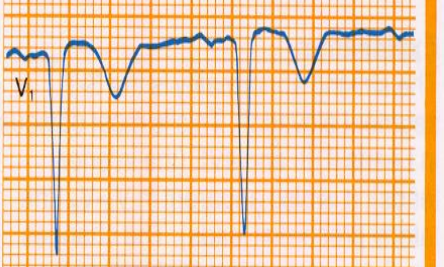
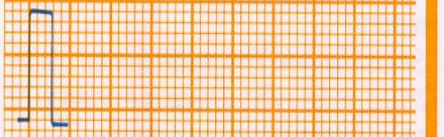
aVR



aVL



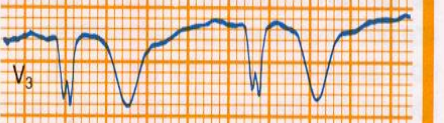
aVF



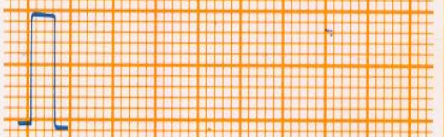
V₁



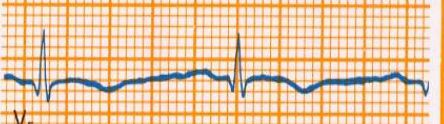
V₂



V₃



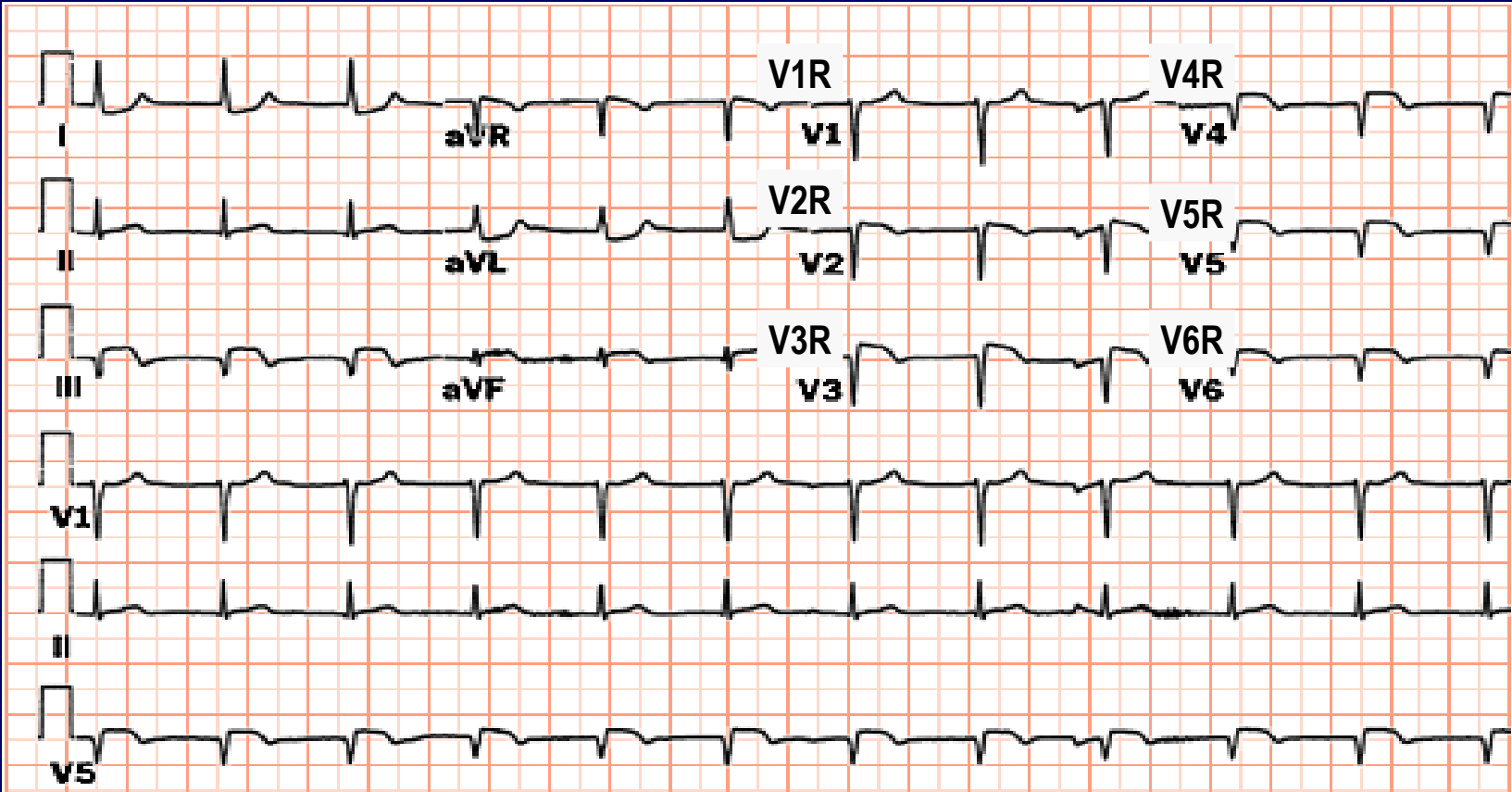
V₄



V₅



V₆



SAĞ VENTRİKÜL MI: V3R-V6R da ST Yüksekliği



Kardiyak Enzimler



Enzim	Yükselme (saat)	Pik Değer (saat)	Aktivite Süresi
Miyogloblin :	1 - 3	6 - 7	24 saat
CK - MB :	3 - 12	24	48 - 72 saat
TnI :	3 - 12	24	5 - 10 gün
TnT :	3 - 12	12 - 48	5 - 14 gün



Kanıtların derecelendirilmesi



Kanıt derecelendirmesi:

- A** = Büyük, randomize çalışmalardan elde edilen data
- B** = Daha az sayıda ve daha küçük randomize çalışmalardan, randomize olmayan çalışmaların ve gözlemsel çalışmaların dikkatli analizinden elde edilen data
- C** = Uzman ortak görüşü



Öneri sınıflaması



I IIa IIb III

X			
	X		
		X	
			X

İşlem yararlı ve etkili

Kanıt açık değil / fikirler farklı ancak etkinlik yönüne eğilim gösteriyor

Kanıt açık değil / fikirler farklı ancak daha az etkinlik eğilimi gösteriyor

İşlem yararlı/etkili değil hatta zararlı olabilir



ST-MI tedavisi



1 – Reperfüzyon tedavisi

2 – Eşlik eden tedaviler



Reperfüzyon tedavisi endikasyonları



Mutlaka

12 saatten erken olan tipik göğüs ağrısı ve sürekli ST yüksekliği veya yeni LBBB

Düşünülmelidir

Semptomların başlaması 12 saatten geç bile olsa iskeminin klinik ve/veya EKG bulguları



Reperfüzyon Tedavisi



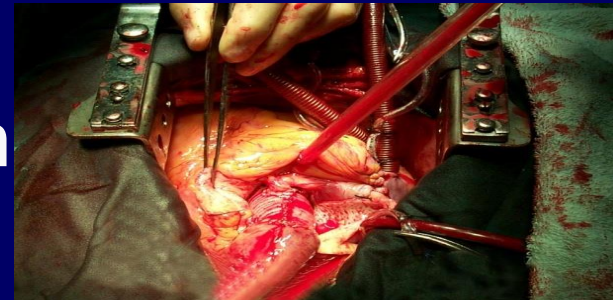
✓ Primer PKG



✓ Fibrinolitik tedavi



✓ Akut cerrahi reperfüzyon





Zaman ve Riskin Değerlendirilmesi



- ✓ Semptomun başlangıcından itibaren geçen süre
- ✓ ST yükselmeli MI'nin riski
- ✓ Fibrinolitik tedavinin riski
- ✓ Tecrübeli PKG laboratuvarına transportu için gereken süre





!!!!!! Zaman Kastır !!!!!



- ✓ Her 10 dakikalık gecikme %3 miyokard kaybı
- ✓ Her 1 dak gecikme, yaşamdan 11 gün eksilmesi

33 DAKİKA GECİKME = 1 YIL KAYIP

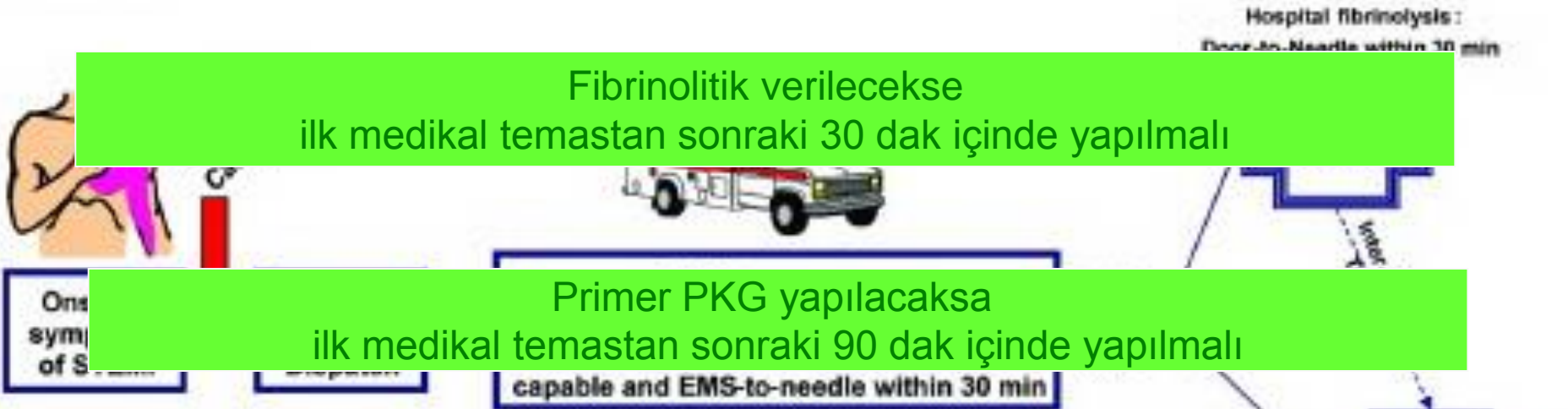
- ✓ 1 saatlik kazanç = 1 yıllık ölüm riskinde %30 azalma



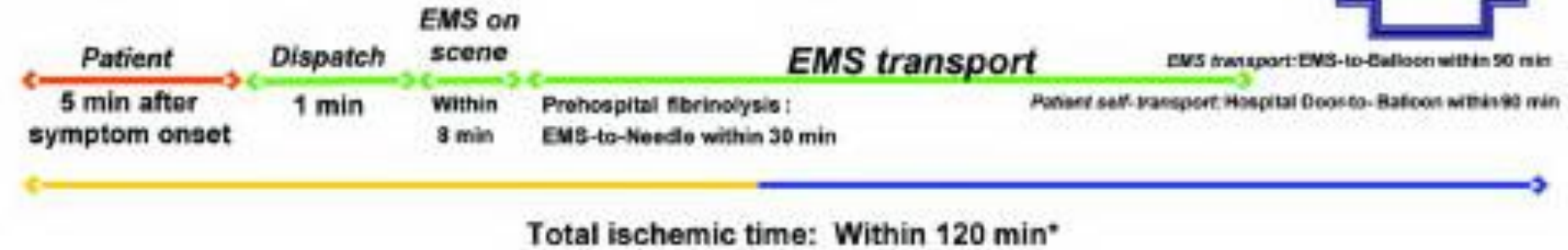
Reperfüzyon Tedavisi



Panel A



Goals†



*Golden Hour = First 60 minutes



STEMI Genel Tedavi

Semptom sonrası ilk 12 saat



PKG yapılan merkeze başvuru

PKG yapılmayan merkeze başvuru

Kapı-balon <90 dk

Transfer < 90 dk ise

<12 saat

Primer PKG

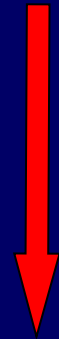
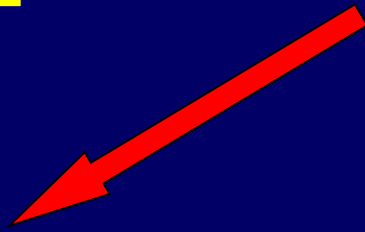
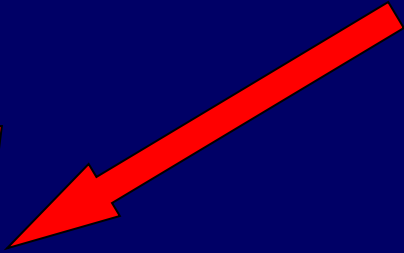
Başarılı

Fibrinolitik

Trombolitik sonrası PKG
(Erken/Geç)

Başarısız

Kurtarıcı PKG





Fibrinolitik Tedavi Sonrası PKG

“lyse now, stent later”

Başarılı trombolizis sonrası rutin koroner anjiyografi ve gerekiyorsa PKG yapılması Sınıf 1 endikasyondur.
(SIAM III, GRACIA-1, CAPITAL AMI, LPLS)

*Guidelines for Percutaneous Coronary Interventions,
European Heart Journal, 2005;26:804-847*



2010 ACC/AHA STEMI Reperfüzyon Rehberi



Kapı-Balon zamanı < 90 dk

Kapı-Balon zamanı > 90 dk

Semptomlar < 12 saat

Semptomlar > 12 saat

VEYA

65-75 yaş >
KKY,SVO,PKG
AMİ,KABG

Primer PKG

Fibrinolitik

Primer PKG



STEMI Hastalarda Reperfüzyon Seçenekleri



Fibrinolitik tedavinin tercih edildiği durumlar

♥ Erken başvuru (semptomlar \leq 12 saat)

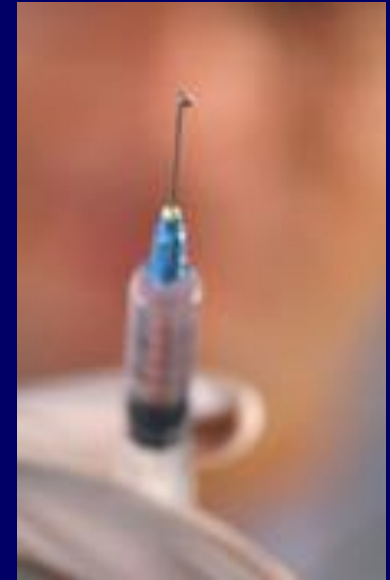
♥ İnvaziv yaklaşımın seçilememesi

- Kateter lab dolu veya uygun değil
- Vasküler giriş zorlukları
- Deneyimli ekibin olmaması

♥ İnvaziv yaklaşımda gecikme

♥ Uzun transport

Kapı-balon süresi 90 dakikadan daha uzun





Fibrinolitik tedavi



✓ Avantajları

Yaygın olarak kullanılabilmesi

Kullanım kolaylığı

Hızlı uygulanabilmesi

Tecrübe gerektirmemesi

✓ Dezavantajları

%20 reoklüzyon

%1-2 kafa içi kanama



STEMI Hastalarda Reperfüzyon Seçenekleri



İnvaziv yaklaşımın tercih edildiği durumlar

♥ Deneyimli ekip ve cerrahi destek olması
Kapı-balon < 90 dakika

♥ Yüksek riskli STEMI
Kardiyojenik şok

♥ Fibrinolizis için kontrendikasyon
Artmış kanama riski ve İKH gibi

♥ Geç başvuru
Semptomların başlangıcı > 12 saat

♥ STEMI tanısının şüpheli olduğu durumlar





Primer PKG



- ✓ Lojistik ve diğer nedenlere bağlı olarak ST-MI hastalarının ancak %30'u primer PKG'e alınabiliyor
- ✓ Medikal temas-balon zamanı > 2 saat olması, mortaliteyi %40-60 arttırıyor. (Gelişmiş ülkelerde bile gecikme standart zamanın üstünde)



Primer PKG



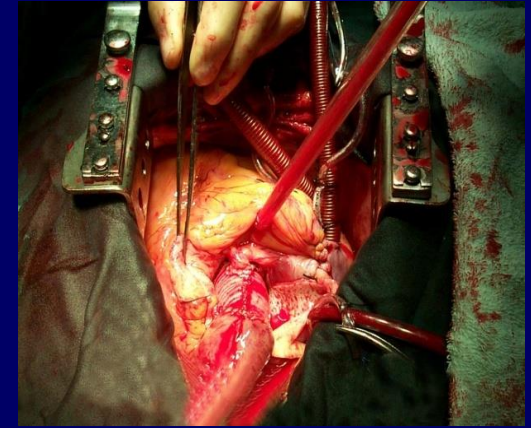
- ✓ Hastaların %50'si PKG olmayan merkeze gidiyor
- ✓ PKG yapan merkeze transportu ile kapı – balon zamanı ortalama 180 dk
 - %15'i <120 dk
 - %4'ü <90 dk.



Cerrahi Reperfüzyon



- ✓ İlk 4-6 saat içinde sonuçlar iyi
- ✓ Rutinde mümkün değil
- ✓ TT veya PTCA'ya rağmen göğüs ağrısı devam ediyorsa yapılabilir.





STE-MI Tedavi Stratejisi



PKG X Fibrinolitik tedavi

- ✓ 90 dk içinde PKG (I-A)
- ✓ PKG 90 dk içinde uygulanamayacaksa, ilk 30 dk da fibrinolitik (I-A)



STE-MI Tedavi Stratejisi



1 – Reperfüzyon tedavisi

2 – Eşlik eden tedaviler



STE-MI Tedavi Stratejisi

Analjezik tedavisi



- ✓ Aspirin dışında non-selektif veya selektif (COX₂ inh) NSAİ ilaçlar kesilmeli (I-C).
 - Mortalite
 - Re-enfarkt
 - HT
 - KY
 - Miyokard rüptürü ↑
- ✓ Hastane tedavisinde aspirin dışında NSAİ ilaçlar verilmemeli (III-C).



STE-MI Tedavi Stratejisi Analjezik tedavisi



- ✓ Morfin sülfatın analjezik olarak kullanımı, göğüs ağrısı nitrata cevap vermediği zaman (Class IC) 2-4 mg iv 5-15 dak aralıklarla önerilmektedir.



STE-MI Tedavi Stratejisi

β -Blokler



Aşağıdakilerden biri yoksa oral β -Blokler tedavisi ilk 24 saatte başlanmalıdır (II-B).

- ✓ Kalp yetmezliği
- ✓ Düşük kardiyak out-put
- ✓ Artmış kardiyojenik şok riski
 - Sistolik kan basıncı < 100 mmHg
 - Kalp hızı < 60 atım/dk
 - periferik perfüzyonun zayıf olduğunu gösteren belirtiler
- ✓ 2-3^o AV blok
- ✓ Aktif astım veya reaktif havayolu hastalığı



STE-MI Tedavi Stratejisi

β -Blokler

- ✓ Sayılan risk faktörleri olmayan hipertansif hastalarda IV β -Blokler verilebilir (IIa-B)
- ✓ IV β -Blokler yukarıdaki risk faktörlerinin varlığında verilmemelidir (III-A)



STE-MI Tedavi Stratejisi Antikoagülanlar

- ✓ Fibrinolitik tedavi alanlara minimum 48 saat tercihen 8.güne kadar tam doz antikoagülan tedavi verilmelidir(I-C).
- ✓ UFH, heparine bağlı trombositopeni gelişme riski nedeniyle uzamış tedavide önerilmez(I-A).



STE-MI Tedavi Stratejisi

Antikoagülanlar

✓ UFH

60 U/kg IV bolus, max.4000 U

12 U/kg/sa max.1000 U/sa

idame APTT 1.5-2 kat (I-C).

✓ Fondaparinux:(Sentetik faktör Xa inh)

S.kreatinin <3 mg/dl

IV 2.5 mg, idame 2.5 mg sc 24 saatte bir(IIb-B)



STE-MI Tedavi Stratejisi Antikoagülanlar

✓ Enoxaparin;

(S.kreatinin erkek <2.5 mg/dl, kadın <2 mg/dl)

<75 yaş: 30 mg IV bolus, 15 dk sonra

1 mg/kg sc 12 saatte bir (IIb A)

>75 yaş: bolus verilmez, 0.75 mg/kg 12 saatte bir
(IIb B)

cc <30 ml/dk ise 24 saatte bir 1mg/kg (IIb B)



STE-MI Tedavi Stratejisi

Tienopiridinler



- ✓ Reperfüzyon tedavisi (fibrinolitik)+/- , <75 yaş hastalara 300 mg oral yükleme klopidoğrel (I-B).
- ✓ Reperfüzyon tedavisi (fibrinolitik)+/- 75mg/gün ASA tedavisine ilave (I-A).



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu ACC/AHA Güncelleme



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Akut Koroner
Sendrom*

1.57 Milyon Hastane Başvurusu - AKS

UA/NSTEMI†

1.24 milyon
başvuru/yıl

STEMI

0.33 milyon
başvuru/yıl

Heart Disease and Stroke Statistics – 2007 Update. Circulation 2007; 115:69-171.

**Primer ve sekonder tanı. †Yaklaşık 0.57 milyon NSTEMI and 0.67 milyon UA.*



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Başlangıç değerlendirme ve tedavisi

- ✓ AKS düşünülen hastaların 12-lead EKG ile değerlendirilebilmesi için uygun hastanelere ambulans ile naklinin sağlanması ve acil tıp sisteminin aktivasyonu (Class I)
- ✓ 162-325 mg ASA (Class I)



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Başlangıç değerlendirme ve tedavisi

- ✓ 1 doz (sublingual veya sprej) nitrogliserin ile göğüs ağrısı ya da ilgili semptom rahatlamazsa acil yardım çağrılmalıdır (I-C).
- ✓ İkinci ve üçüncü dozlar gerektiğinde acil yardım gelmesi beklenirken verilebilir.
- ✓ Stabil anjina da 3 doz nitrogliserin sonrası acil yardım çağrılmalıdır (I-C).

Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina non-ST-elevation myocardial infarction J Am Coll Cardiol. 2007;50:e1-157.



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Risk deęerlendirmesi

- ✓ AKS ile ilgili olabilecek semptomları olan hastaların hemen değerlendirilmesi, klinik olarak risk skorlaması yapılması ve aşağıdaki 2 sorunun cevaplandırılmaya çalışılması (I-C).
 1. Ayırıcı tanı: KAH X Diğer nedenler ? (hikaye, fizik muayene, EKG bulguları, kardiyak belirteçler)
 2. Ölüm, MI, KY, inme, rekürrent iskemi, ciddi aritmi?
- ✓ İlk temastan sonraki 10 dak içinde 12 derivasyonlu EKG ekilmesi (I-C)



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Risk deęerlendirmesi

- ✓ En azından başlangığta inatęı, geçmeyen şikayetleri olanlarda ve yüksek riskli hastalarda, ST segment değişikliğini erken saptamak için seri EKG tekrarı (I-C).
- ✓ İlk EKG diagnostik olmayan hastaların sürekli ST segment monitorizasyonu (IIa-B).



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Risk deęerlendirmesi

- ✓ AKS düşünölen tüm hastalarda kardiyak belirteçler için kan alınması (I-B)
- ✓ Troponin (T veya I) tercih edilen belirteç (I-B)
- ✓ 6 saat içinde negatif olan belirteçlerin semptom başlangıcından 6-12 saat sonra tekrarı (I-A).



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Risk deęerlendirmesi

- ✓ 6 saatlik göğüs ağrısı Őikayeti ile başvuruda;
Myoglobin belirteç olarak kullanımı (IIB-B).
Myoglobin + CK MB veya Troponin (IIB-B).
- ✓ Yatak baŐı çoklu belirteç testi ile ilgili tavsiye yok.
- ✓ TIMI, GRACE, PURSUIT gibi risk skorları klinik yargıya katkıda bulunur (IIa-B)



TIMI risk skorlaması



	Yok		Var
Yaş \geq 65	0		1
\geq 3 koroner arter hastalığı risk faktörü	0		1
Koroner arter stenozu \geq %50	0		1
Başvuru EKG'sinde ST segment sapması	0		1
Son 24 saatte \geq 2 angina	0		1
Son 7 günde aspirin kullanılması	0		1
Serum kalp markerlerinde yükselme	0		1

Antmann et al. JAMA 2000; 284: 835-842



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



AKS hasta yönetimi

- ✓ Başlangıç hikaye, FM, 12-derivasyon EKG ve kardiyak belirteçler ile 4 kategori belirlenmesi (I-C)
- ✓ Kardiyak belirteç testleri ile başvuru EKG normal olan; göğüs ağrısı teşhisi belirsiz hastaların göğüs ağrısı ünitelerine kabulü (I-A).



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



AKS hasta yönetimi

- ✓ 12 saat izlem sonrası EKG değişikliği ve kardiyak belirteçlerde yükselme olmayan hastalara stres testlerinin yapılması (IIa-C)
- ✓ Düşük-orta riskli AKS olan, 12 saat izlem sonrası EKG değişikliği ve kardiyak belirteçlerde yükselme olmayan hastalara Koroner BT ile anjiyografi, geleneksel stres testlerine alternatif (IIa-B)



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Anti-iskemik tedavi

Oral β -bloker tedavisi, kontrendikasyon yoksa, ilk 24 saat içinde başlatılmalıdır (I-A).

Kontrendikasyonlar:

- ✓ KY ve düşük kardiyak out-put bulguları
- ✓ Artmış kardiyojenik şok riski PR>0.24 sn
- ✓ 2-3⁰ AV Blok
- ✓ Aktif reaktif hava yolu hastalığı



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Anti-iskemik tedavi

- ✓ IV β -bloker hipertansiyon varlığında kullanılabilir (IIa-B).
- ✓ β -bloker kontrendikasyonu varlığında Ca kanal blokerleri kullanılabilir (I-B)
- ✓ ACE inhibitörleri ilk 24 saatte oral formda pulmoner konjesyon veya $EF < \%40$ olduğunda verilmeli (I-A), iv ACE inh. verilmez. (III C)



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Anti-iskemik tedavi

- ✓ Aspirin dışında NSAİ (nonselektif veya COX₂ inh) kullanılmamalı (III-C).
- ✓ NSAİ ile artmış mortalite, re-infarkt, HT, KY, miyokard rüptürü.

Kearney PM, Baigent C, Godwin J, et al. Do selective cyclooxygenase-2 inhibitors and traditional nonsteroidal antiinflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta analysis of randomised trials. BMJ2006;332:1302-1308



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Anti-iskemik tedavi

- ✓ Fosfodiesteraz inhibitörü (24 saat içinde sildenafil, 48 saat içinde tadalafil) alan hastalarda nitrat verilmemeli (III-C).
- ✓ Nitratlar ile geçmeyen göğüs ağrısında morfin sülfat verilebilir (I-C).



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Antitrombotik tedavi

- ✓ ASA (I-A)
- ✓ ASA alamayan hastalara yükleme dozu sonrası idame Klopidoğrel başlanması (I-A)
- ✓ Konservatif tedavi planlanan hastalara yükleme dozu sonrası idame Klopidoğrel başlanması (I-A)



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Antikoagölan tedavi

- ✓ Trombin oluşumunu engeller.
- ✓ UFH
- ✓ DMAH
- ✓ Fondaparinuxs (Faktör Xa inh)
- ✓ Doğrudan trombin inhibitörleri



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Antikoagölan tedavi seçimi

- ✓ USAP ve NSTEMI hastalarda başvuru sonrası antikoagölan tedavi anti trombotik tedaviye eklenmeli (I)
- ✓ Kanama komplikasyonundan sakınmak
- ✓ Artmış kanama riski;
Yaşlı, kadın, BFT bozukluğu, gelişinde anemik olan hastalar



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



Başlangıç Tedavi Stratejisi

1-Başlangıç İnvaziv=Erken İnvaziv

Anti-iskemik, anti-trombositik ve antikoagülan tedavi alan hastalara 4-24 saat içinde koroner anjiyografi

2-Başlangıç konservatif=Selektif invaziv



USAP ve NSTEMI Tedavi Klavuzu



- ✓ Erken ve selektif invaziv girişimleri öneren tüm çalışmalar, tüm hastalara yoğun medikal tedaviyi tavsiye ederler.
- ✓ Acil hekimi transfer öncesi kanıta dayalı stabilizasyonu sağlamalıdır.



Akut Koroner Sendrom



- Semptomlar iskemi veya infarktı düşündürüyorsa;
- Acil Yardım ekibinin hazırlığı ve tedavisi, hastane hazırlığı.
- Monitorize et,ABC'yi sağla, KPR ve defibrilasyon için hazır ol
- Aspirin ver. Oksijen, nitrogliserin ve gerekliyse morfini düşün
- 12 derivasyonlu EKG çek; ST yükselmesi var ise
 - Ulaşılabacak hastaneyi seç, ilk temas kurulan zamanı not et
 - Hastanenin STEMI için hazırlanmasını sağla
 - Hastane öncesi fibrinolitik düşünülüyorsa fibrinolitik checklistini kullan



Akut Koroner Sendrom



- İlk 10 dak. AS yönetimi
- Vital bulgu ve oksijen saturasyonu kontrolü
- Damar yolu
- Anamnez, fizik muayene
- Fibrinolitik checklistini tamamla, KE?
- Başlangıç kardiyak marker, elektrolit ve koagülasyon testleri
30 dak içinde yerinde Akciğer

- AS tedavisi
- O₂ sat < %94
4 L/dak O₂
- Aspirin 160-325 mg po
- Nitrogliserin sl veya spray
- Morfin, ağrı NTG ile geçmezse



EKG



ST yükselmeli veya
Yeni gelişmiş LBBB
STEMI

-ST depresyonu veya
T dalga inversiyonu
NSTEMI/UA

-Normal veya nondiagnostik
ST değişiklikleri
Düşük/orta risk AKS

Ek tedavilere başla
reperfüzyonu erteleme

Semptomların başlama
süresi <12 st?

Reperfüzyon hedefleri
*kapı-balon < 90 dk
*kapı-balon < 30 dk

Troponin yükselmiş veya
yüksek riskli hasta
erken invaziv ted düşün
*dirençli iskemik ağrı
*dirençli ST depresyonu
*Ventriküler taşikardi
*hemodinamik instabilite
*kalp yetmezliği bulguları

AS göğüs ağrısı ünitesi
veya uygun bir yatakta
izleme al
*seri kardiyak markerlar
*seri EKG
*ST monitorizasyonu
*noninvaziv tanı testi?



USAP / NSTEMI



Ted. Başla

- *NTG
- *Heparin (UFH veya DMAH)
- *po β -bloker
- *klopidogrel
- *glikoprotein IIb/IIIa inhibitor

Monitörlü yatağa al

- Risk durumunu belirle
- ASA, heparin ve diğer ted. endikeyse
- *ACE inh/ARB
 - *HMG CoA redüktaz inh.(statin)
- Yüksek riskli değil ise:Kardiyoloji

Aşağıdakilerden ≥ 1 var ve yüksek riskli ise yüksek riskli hasta gibi davran

- *yüksek risk klinği
- *dinamik EKG değışikliği
- *troponin yükselmesi

Anormal noninvaziv görüntüleme veya fizyolojik testler?

Eđer iskemi veya infarkt belirtisi yoksa taburcu et.



TEŞEKKÜRLER

