

# Organización do Proceso Asistencial de Cardiopatía Isquémica Crónica na Área do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago De Compostela

Documento consensuado entre o Servizo de Cardioloxía e  
Atención Primaria de Santiago de Compostela e Pontevedra



**Edición Bilingüe Galego/Castelán**

**XUNTA DE GALICIA**



ORGANIZACIÓN DO  
PROCESO ASISTENCIAL DE  
**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
CRÓNICA**

NA ÁREA DO COMPLEXO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO  
DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Documento consensuado entre o Servizo de Cardioloxía e  
Atención Primaria de Santiago de Compostela e Pontevedra.



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

**Complexo Hospitalario Universitario  
de Santiago de Compostela**  
Santiago de Compostela

Edita: Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Depósito Legal: C 1482-2011

Imprime: GRAFINOVA, S. A. - Santiago de Compostela

## **Equipo de traballo**

José Ramón González Juanatey,  
*Servizo de Cardiología do CHUS.*

Alfonso Varela Román,  
*Servizo de Cardiología do CHUS.*

Pilar Mazón Ramos,  
*Servizo de Cardiología do CHUS.*

María Victoria Reino Maceira,  
*Servizo de Cardiología do CHUS.*

Carmen Otero Barreiro,  
*Servizo de Cardiología do CHUS.*

Luís Meijide Calvo,  
*Xerencia Atención Primaria de Pontevedra.  
Centro de Saúde da Estrada.*

Jesús Sueiro Justel,  
*Xerencia Atención Primaria de Santiago.  
CS Concepción Arenal de Santiago de Compostela.*

Manuel Portela Romero,  
*Xerencia Atención Primaria de Santiago de Compostela.  
Centro de Saúde de Padrón.*

María Fernanda Beceiro Díaz,  
*Enfermeira da Estrada.*



## ÍNDICE

---

|  |         |
|--|---------|
| 1- ANÁLISE DE SITUACIÓN .....                        | Páx. 9  |
| 2- ELEMENTOS IMPLICADOS E FILOSOFÍA DO PROCESO ..... | Páx. 13 |
| 3- FASES DO PROCESO .....                            | Páx. 17 |
| A- DIAGNÓSTICOS E ESTRATIFICACIÓN DE RISCO .....     | Páx. 17 |
| B- INSTAURACIÓN DE TRATAMENTO ÓPTIMO .....           | Páx. 20 |
| C- SEGUIMIENTO E PREVENCIÓN EVENTOS CV .....         | Páx. 25 |
| D- TRATAMENTO EVENTOS CV E DESCOMPENSACIÓNS .....    | Páx. 30 |
| 4- SISTEMAS DE INFORMACIÓN .....                     | Páx. 35 |
| 5- CALIDADE .....                                    | Páx. 39 |
| 6- PROGRAMA EDUCATIVO EN PACIENTES CORONARIOS .....  | Páx. 43 |
| 7- BIBLIOGRAFÍA .....                                | Páx. 49 |





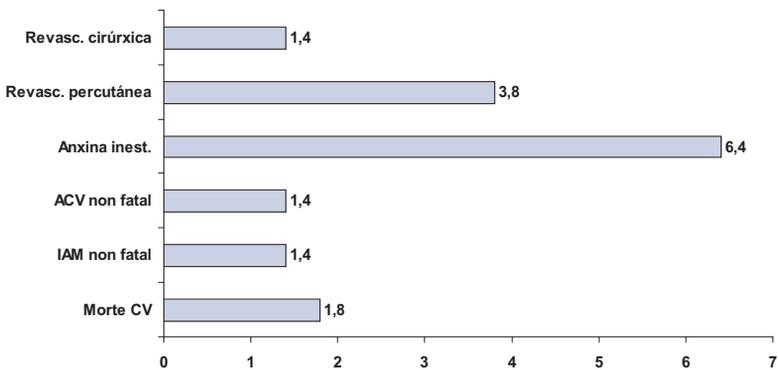
## 1. ANÁLISE DE SITUACIÓN



## 1- ANÁLISE DE SITUACIÓN

A cardiopatía isquémica crónica é o principal motivo de consultas sucesivas no noso servizo –representa aproximadamente a metade–, o que significa máis de 6000 consultas anuais. O prognóstico desta entidade é relativamente benigno, con taxas de mortalidade anual inferior ao 2% e baixas taxas anuais de eventos cardiovasculares, tal como pode verse na figura 1.

Figura 1. Taxas anuais de eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica crónica, no Rexistro REACH



Steg PG et al. JAMA. 2007;297: 1197-1206.

Os pacientes portadores de cardiopatía isquémica crónica con risco elevado de presentar novos eventos cardiovasculares enuméranse na táboa 1.

Táboa 1. Pacientes portadores de CI crónica con alto risco de presentar novos eventos cardiovasculares

1. Síndrome coronaria aguda recente
2. Disfunción ventricular esquerda
3. Enfermidade coronaria severa (tronco ou 3 vasos) non revascularizada
4. Pacientes con isquemia severa non revascularizada
5. Pobre clase funcional para anxina ou dispnea (clase III ou IV NYHA)
6. Pacientes con revascularización incompleta

Se excluimos estos pacientes, aínda queda unha elevada porcentaxe de casos nos que non existe un risco cardiovascular especialmente elevado e nos que o tratamento debe orientarse ao control estrito de factores de risco cardiovascular, coa intención de previr novos eventos coronarios. Nestes casos, o seguimento debería realizarse en atención primaria, en especial naqueles pacientes cun diagnóstico e tratamento óptimo e que, tras un período de seguimento razoable (6 meses-1 ano), non presentasen novos eventos.



## 2. ELEMENTOS IMPLICADOS E FILOSOFÍA DO PROCESO



## 2- ELEMENTOS IMPLICADOS E FILOSOFÍA DO PROCESO

Os **elementos implicados** no desenvolvemento deste proceso deben ser:

Atención Primaria

- Xerencia
- Médicos Atención Primaria
- Enfermeiras Atención Primaria

CHUS

- Xerencia
- Servizo de Cardioloxía
- Servizo de Admisión de Enfermos

A **filosofía** que debe rexer este proceso debe ser a seguinte:

- 1- O **paciente** coas súas expectativas e necesidades é o **centro do proceso** e os diferentes profesionais implicados deben de adaptar a súa actuación a estas necesidades.
- 2- Definir as funcións e os momentos de actuación ao longo do proceso dos diferentes **profesionais implicados**, co obxecto de evitar duplicidades e mellorar a eficiencia do proceso.
  - a. O **cardiólogo** debe ser o responsable do correcto diagnóstico e da elaboración dun plan de tratamento, baseado en guías de práctica clínica, dirixido a previr eventos. Tamén debe reavaliar o paciente en casos de evolución desfavorable.
  - b. A **enfermería das consultas de Cardioloxía** debe implicarse na educación do paciente e no seguimento e control de factores de risco cardiovascular durante a fase de seguimento na consulta de Cardioloxía
  - c. O **médico de Atención Primaria**, responsable do seguimento crónico do paciente estable, debe darlle continuidade á estratexia terapéutica proposta polo cardiólogo e identificar aqueles pacientes con evolución clínica desfavorable para que sexan reavaliados.
  - d. A **enfermería de Atención Primaria** debe darlle continuidade ao programa educativo iniciado durante a fase de seguimento hospitalario e tamén ao plan de cuidados de enfermería.
- 3- Aplicación de **guías de práctica clínica**.

Elaboración de **protocolos consensuados** basados en guías de práctica clínica que aseguren a aplicación destas de forma homoxénea e continua nos diferentes niveis e servizos.

- 4- Utilizar sistemas de información, baseados no IANUS, que
  - a. Faciliten a continuidade asistencial entre distintos servizos e niveis asistenciais.
  - b. Permitan, a través de indicadores predefinidos, medir o proceso, en termos de calidade, cantidade e custo, coa intención de introducir mello-ras.
  - c. Sexan ferramentas útiles para a investigación clínica.

O **obxectivo final** é asegurar un correcto diagnóstico e aplicación dun tratamento óptimo, baseado nas guías de práctica clínica, dirixido a **evitar novos eventos cardiovasculares**. Os pacientes estables derívanse a Atención Primaria para o seu seguimento.



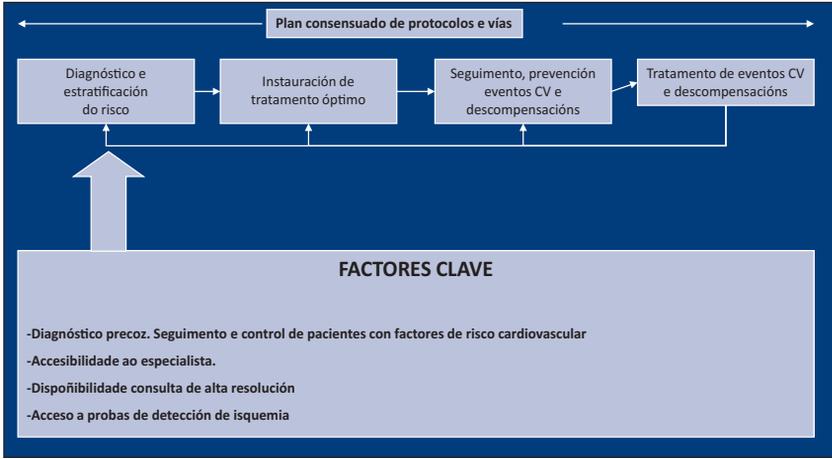
### 3. FASES DO PROCESO



### 3- FASES DO PROCESO

As distintas fases do proceso podémolas ver esquematizadas na figura 2.

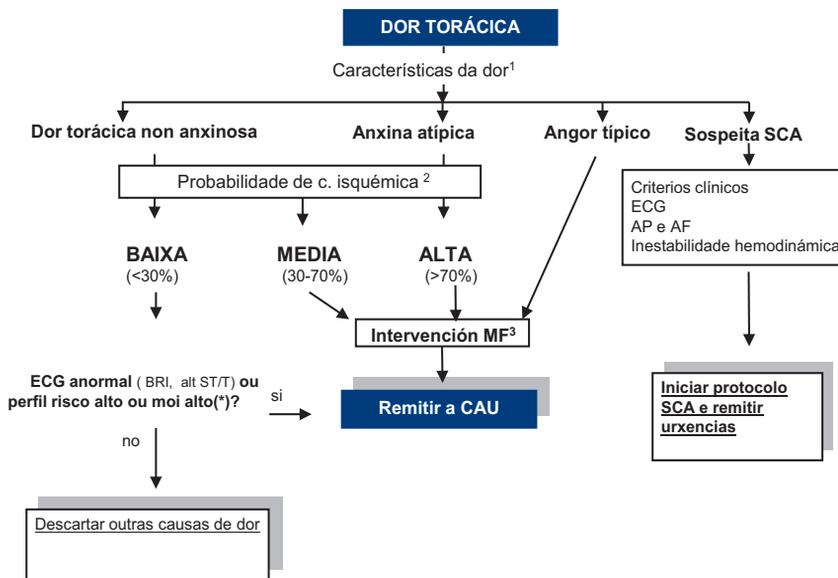
Figura 2. Fases do proceso de cardiopatía isquémica crónica



#### 3A. FASE DE DIAGNÓSTICO E ESTRATIFICACIÓN DE RISCO

Na primeira fase de diagnóstico, o elemento clave radica na **accesibilidade ao especialista**. No noso caso, realízase a través das **consultas de acto único**, nas que existe capacidade para a realización de técnicas diagnósticas específicas, como a ecocardiografía, a ergometría e o Holter, no mesmo día da consulta, co que é posible en practicamente todos os casos establecer un diagnóstico definitivo, acompañado dunha completa avaliación cardiolóxica.

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DENEDE ATENCIÓN PRIMARIA



(\*) Determinado segundo táboas de RCV (Euroscore, REGICOR...)

### 1- CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA (CRITERIOS DE DIAMOND)

- Retroesternal, opresiva/constritiva/queimante, duración minutos
- Provocado por exercicio ou estrés emocional
- Aliviado por repouso ou NTG

**Dor torácica non anxinosa:** 0-1 trazos típicos

**Anxina atípica:** 2 trazos típicos

**Angor típico:** 3 trazos típicos

## 2- PROBABILIDADE DE C. ISQUÉMICA\* EN %

| Dor torácica non anginoso |       |          | Anxina atípica |          | Anxina típica |          |
|---------------------------|-------|----------|----------------|----------|---------------|----------|
| Idade                     | Homes | Mulleres | Homes          | Mulleres | Homes         | Mulleres |
| 30-39                     | 4     | 2        | 34             | 12       | 76            | 26       |
| 40-49                     | 13    | 3        | 51             | 22       | 87            | 55       |
| 50-59                     | 20    | 7        | 65             | 61       | 93            | 73       |
| 60-69                     | 27    | 14       | 72             | 51       | 94            | 86       |

\* En pacientes de baixa probabilidade clínica, hai que valorar o risco CV segundo as táboas. Poderíase considerar o test de isquemia en pacientes con risco alto ou moi alto.

## 3- INTERVENCIÓN DO MÉDICO DE FAMILIA

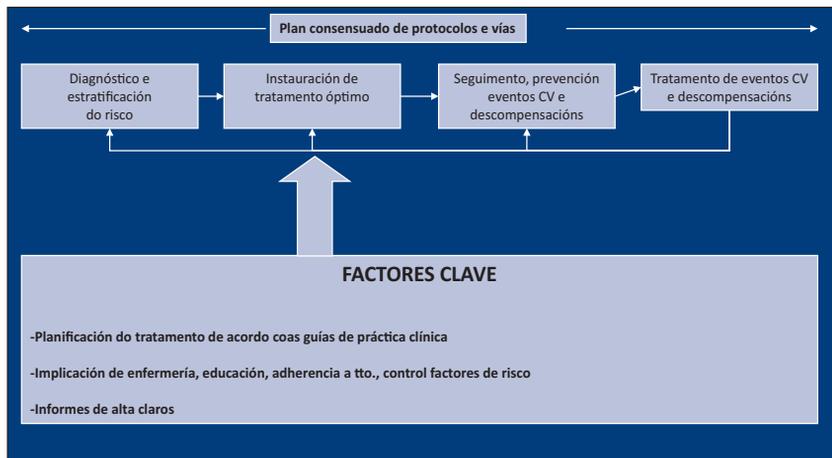
- **HC e exploración física:** AF de ECV precoz, FRCV, hábitos e estilo de vida, bioquímica con perfil lipídico, ECG e, se é posible, RX tórax.
- **Iniciar tratamento:** AAS, NT sublingual, valorar betabloqueantes, nitratos /calcioantagonistas/outros, control de FRCV.

Outra forma de entrada no proceso constitúena os **pacientes dados de alta na planta de hospitalización** por sufrir un evento coronario agudo. Neste caso, a avaliación completa realízase durante o ingreso e son valorados nunha consulta específica, que se realiza dous días por semana.

### 3B. INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO ÓPTIMO

Unha vez establecido o diagnóstico, pásase á seguinte fase do proceso na que o elemento clave é a **optimización terapéutica**, tal como pode verse na figura 3.

Figura 3. Fases do proceso de cardiopatía isquémica crónica



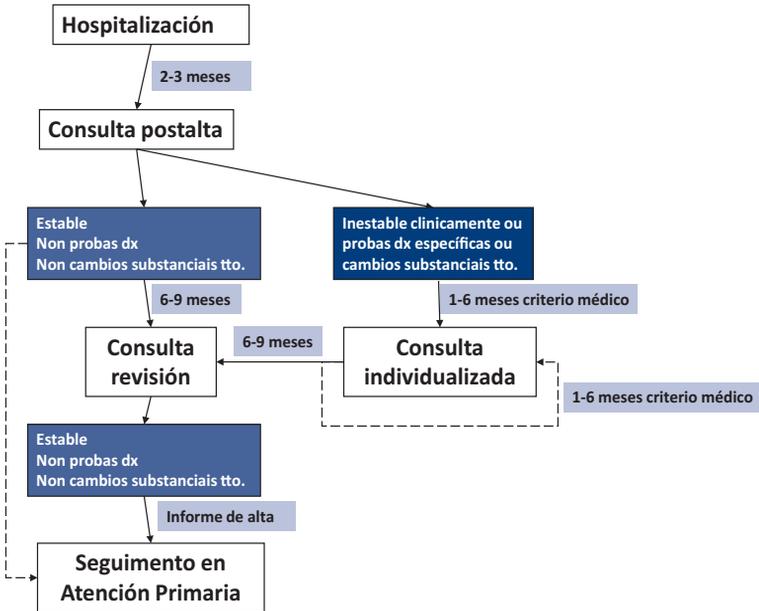
A clave nesta fase é **planificar a estratexia terapéutica de acordo coas guías de práctica clínica** e a elaboración de **informes claros** que conteñan información abonda sobre o diagnóstico, o plan terapéutico e os seus obxectivos. Nesta fase é esencial o **papel da enfermería** para iniciar o proceso educativo do paciente ou ben para lle dar continuidade ao proceso educativo iniciado en moitos pacientes durante o seu ingreso hospitalario.

Dende principios deste ano 2008 está a levarse a cabo un **programa educativo para pacientes hospitalizados con síndrome coronaria aguda**, elaborada, desenvolvida pola enfermería da Unidade Coronaria e realizada pola enfermería da Unidade Coronaria e a planta de hospitalización. Neste programa realízanse diferentes accións educativas, as máis destacables son as **sesións de grupo** con presentación powerpoint de periodicidade semanal e levadas a cabo pola enfermería da Unidade Coronaria e entrega dun **tríptico con información básica** sobre a enfermidade, os hábitos de vida saudables e medidas de autocoidado. Estas accións deben ter **continuidade na consulta de Cardioloxía**.

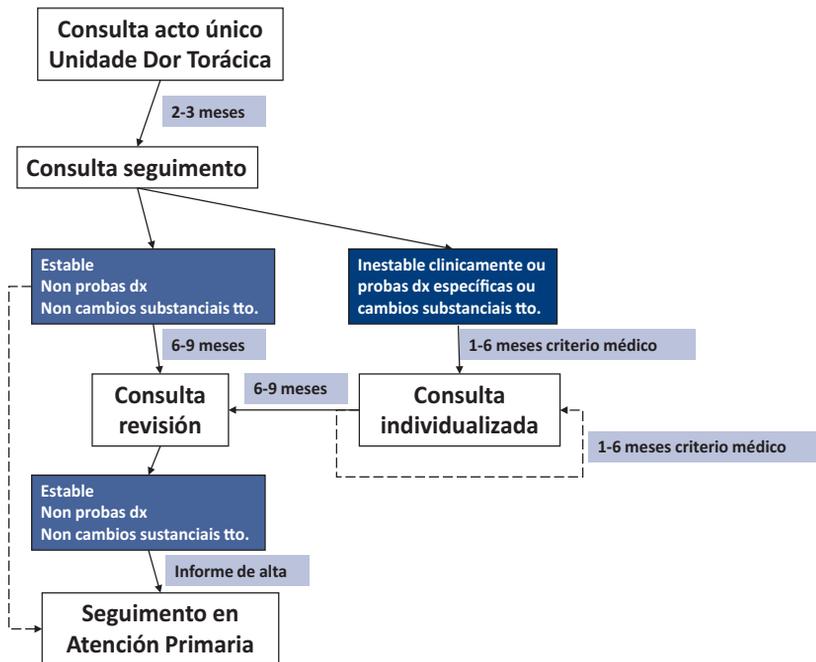
A fase de optimización de tratamento debe realizarse en **colaboración con Atención Primaria**, deben manterse consultas de revisión en Cardioloxía por un

tempo razoable (6 meses-1ano), ata que se optimice o tratamento e se comprobese a evolución favorable.

SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOXÍA TRAS HOSPITALIZACIÓN



SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE CARDIOLOXÍA TRAS  
DIAGNÓSTICO AMBULATORIO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA



**- Pacientes**

Existen dous grandes grupos de pacientes atendidos en consultas de seguimento:

- a- Pacientes con diagnóstico baseado en probas de detección de isquemia non invasivas, nos que se optou por tratamento farmacolóxico e que non foron hospitalizados.
- b- Pacientes con hospitalización previa por evento coronario agudo.

**- Obxectivos do seguimento**

- a- Optimizar diagnóstico e tratamento e conseguir a estabilidade clínica:
  - Completar probas diagnósticas.
  - Adecuar a estratexia terapéutica ás guías de práctica clínica.
  - Titular fármacos e valorar a necesidade de estratexias intervencionistas.

- b- Realizar actividade educativa dirixida a pacientes e familiares:
  - Modificar o estilo de vida.
  - Coñecer signos de alarma.
  - Autocoidado.
  - Seguimento terapéutico.
- c- Definir obxectivos e planificar a estratexia terapéutica para optimizar o control de factores de risco cardiovascular, de forma conxunta con Atención Primaria.

**- Periodicidade das consultas**

- a- Primeira revisión tras o diagnóstico
  - a. Pacientes sen hospitalización previa, diagnosticados na súa maioría na consulta de acto único ou ben na unidade de dor torácica hospitalaria:
    - i. Serán vistos na consulta xeral de seguimento.
    - ii. Idealmente antes de tres meses.
    - iii. Achegarán analítica xeral que inclúa hemograma, probas de función renal e hepática, encimas musculares (CPK, LDH) perfil lipídico, glicemia basal e HbA1c en diabéticos
    - iv. Valorarase en función da evolución clínica a realización de novos estudos complementarios (test de isquemia, ecocardiograma, estudos invasivos)
    - v. Optimizaranse doses de fármacos antiisquémicos.
    - vi. Continuarase o programa educativo.
    - vii. Prográmase unha nova revisión (rutineira/Individualizada).
  - b. Pacientes con hospitalización previa por evento coronario agudo ou revascularización:
    - i. Serán vistos na consulta postalta.
    - ii. Idealmente no prazo de dous ou tres meses.
    - iii. Achegarán analítica xeral que inclúa hemograma, probas de función renal e hepática, encimas musculares (CPK, LDH) perfil lipídico, glicemia basal e HbA1c en diabéticos (solicitarase no momento da alta hospitalaria).
    - iv. Optimizaranse doses de fármacos antiisquémicos.
    - v. Continuarase o programa educativo.

vi. Prográmase unha nova revisión (rutineira/individualizada).

b- Revisións sucesivas

a. Rutineira:

- i. Paciente con evolución clínica favorable na primeira revisión tras o diagnóstico, no que non se solicitan novos test diagnósticos nin se modifica de forma substancial o tratamento. Idealmente nun prazo aproximado de seis a nove meses.
- ii. Paciente con evolución clínica favorable logo da revisión individualizada, tras a que non se solicitan novos test diagnósticos nin se modifica de forma substancial o tratamento. A criterio de cardiólogo, nun prazo non superior a seis a nove meses.
- iii. Valorar a derivación a Atención Primaria se cumpre os criterios establecidos (completado un ano de seguimento).
- iv. **Valorar clase funcional e estabilidade clínica.**
- v. **Comprobar o seguimento terapéutico e posibles efectos secundarios.**
- vi. **Grao de control de factores de risco (achegará controis analíticos e doutros factores de risco realizados durante este tempo en atención primaria).**
- vii. **Reforzo educativo.**
- viii. Reavaliar tratamento antiagregante a longo prazo (valorar necesidade dobre antiagregación).
- ix. Elaborar o informe de alta a Atención Primaria se procede.
- x. Programar a nova revisión se non cumpre criterios para derivación a Atención Primaria (individualizada).

b. Individualizada:

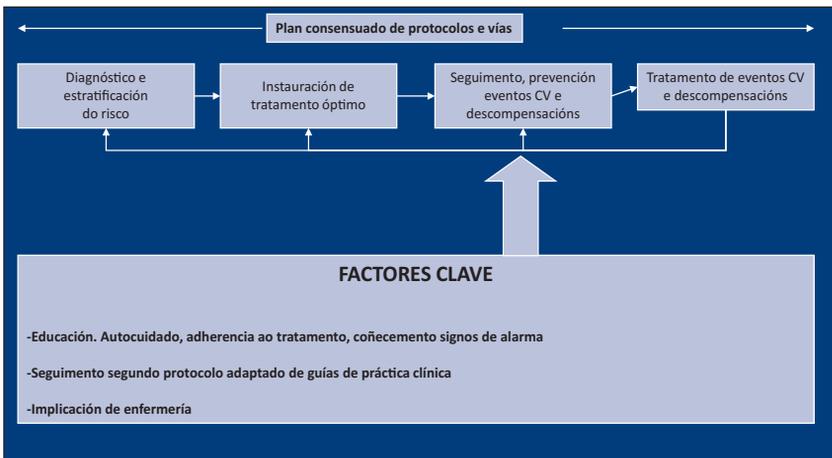
- i. Paciente con evolución clínica desfavorable na primeira revisión ou sucesivas:
  1. Manifestacións clínicas de isquemia (anxina, isquemia ECG).
  2. Disfunción ventricular con repercusión clínica.
  3. Síncope.
  4. Arritmias graves.

5. Modificación terapéutica substancial que requiran control a curto medio prazo (antiarrítmicos, tratamento insuficiencia cardíaca, efectos secundarios graves de tratamento previo).
  - ii. Prazo variable, a criterio do cardiólogo.
  - iii. **Valorar clase funcional e estabilidade clínica.**
  - iv. **Comprobar o seguimento terapéutico e os posibles efectos secundarios.**
  - v. **Grao de control de factores de risco (achegará controis analíticos e doutros factores de risco realizados durante este tempo en Atención Primaria).**
  - vi. **Reforzo educativo.**
  - vii. Elaborar o informe de alta a Atención Primaria se procede.
  - viii. Programar a nova revisión se non cumpre criterios para derivación a Atención Primaria (individualizada).

### 3C. SEGUIMIENTO E PREVENCIÓN DE EVENTOS CV

Logo de completar o proceso de diagnóstico e optimización terapéutica, entramos nunha fase do proceso na que o principal obxectivo é previr novos eventos cardiovasculares e descompensacións, tal como pode verse na figura 4.

Figura 4. Fases do proceso de cardiopatía isquémica crónica



Nesta fase, o obxectivo é manter a estabilidade do paciente e darlles continuidade aos programas educativos e manter o tratamento baseado en guías de práctica clínica, con axuste deste en función dos obxectivos terapéuticos consensuados. Esta fase debe ser realizada basicamente en Atención Primaria e para iso débense consensuar uns criterios de derivación de pacientes nos que se defina a estabilidade clínica. É tamén fundamental darlle continuidade ao programa educativo de enfermería, iniciado na fase hospitalaria, e para iso é esencial a implicación da enfermería de Atención Primaria no proceso.

**- Criterios de derivación de pacientes con cardiopatía isquémica crónica a Atención Primaria para o seu seguimento.**

Os pacientes serán derivados a Atención Primaria para o seu seguimento cando se consigan os seguintes obxectivos:

**A. Estabilidade clínica**

**B. Diagnóstico completo**

**C. Tratamento óptimo**

A. Considerarase que un paciente se atopa **estable clinicamente** cando:

- Pacientes sen síntomas de isquemia residual (anxina ou equivalentes), disfunción ventricular (dispnea) nin de arritmias (síncope) e que non precisaron hospitalización cardiovascular nos últimos seis a nove meses.
- Pacientes con clínica de anxina ou dispnea estable, clase I-II, que non se modificou nos últimos seis a nove meses e que neste período non precisaron hospitalización.

B. Considerarase que existe un **diagnóstico completo** cando se cumpren as seguintes condicións:

- Determinación de función ventricular
- Test de confirmación diagnóstico (indución de isquemia ou anatómicos)
- Avaliación de factores de risco cardiovascular maiores

C. Considerarase que o **tratamento é óptimo** cando:

- Está iniciado o **programa educativo para pacientes con cardiopatía isquémica**, dirixido a mellorar o coñecemento da enfermidade e fomentar o autocoidado entre o paciente e os seus cuidadores.
- Están introducidos todos aqueles tratamentos farmacolóxicos recomendados polas GPC como clase I, para os que non exista contraindicación absoluta.

- Estean titulados os fármacos ata as doses recomendadas e se comprobouse a seguridade e tolerabilidade destes.
- Non é previsible que a curto-medio prazo (1 ano) vaian necesitar un tratamento non farmacolóxico específico (dispositivos, transplante, cirurxía etc.).

#### - Informe clínico de derivación a Atención Primaria

A todos os pacientes derivados a Atención Primaria dende as consultas de cardioloxía se lles deberá entregar un informe clínico de derivación no que constará:

- Clase funcional basal.
- Diagnóstico etiolóxico.
- Resultados de últimas probas complementarias realizadas (ecocardio, ECG, laboratorio), facendo constar as datas de realización.
- Tratamento habitual.
- Obxectivos terapéuticos de factores de risco cardiovascular maiores.
- Idoneidade do paciente para seguimento en Atención Primaria, “utilizando expresións tipo unha vez que finalizamos o estudo do seu problema cardíaco, o seguimento do seu problema realizarao o seu médico de Atención Primaria e enfermeira” ou “a súa situación actual permite que o seguimento e axuste da súa medicación poida ser realizado polo seu médico de cabeceira”.
- Indicar que, en caso de evolución desfavorable, será valorado de novo.
- Teléfono de contacto e enderezo de correo electrónico do cardiólogo consultor.
- Informe de enfermería no que conste o diagnóstico de enfermería.

#### - Modelo informe de derivación a atención primaria

Paciente de **idade** anos, seguido no noso servizo dende **data** e diagnosticado ata o momento de:

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. EVENTO CORONARIO AGUDO.  
ANXINA. FUNCIÓN SISTÓLICA VI. ANATOMÍA CORONARIA.  
PROCEDEMENTOS REVASCULARIZACIÓN REALIZADOS.  
CLASE FUNCIONAL.  
FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR MAIOR

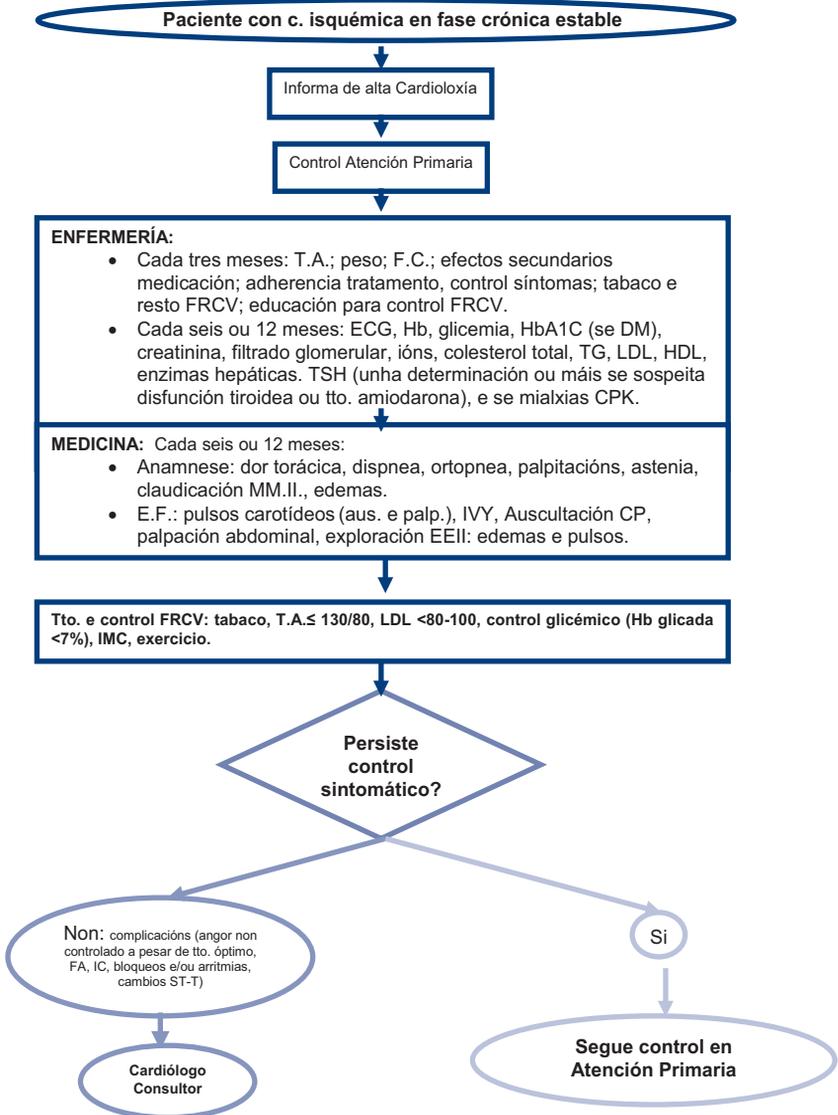
Descrición do evento que motivo a asistencia. Resultados de principais probas diagnósticas realizadas (ECG, ecocordio, test de isquemia, laboratorio)

Durante o seguimento na nosa consulta presentou unha evolución clínica satisfactoria, mantívose clinicamente estable, asintomático ou con anxina/dispnea clase, non precisou ingresos hospitalarios nos últimos x meses. Realizáronse todas as probas diagnósticas oportunas e recibe unha estratexia terapéutica óptima. Nesta situación non programamos novas revisións no noso servizo, débense realizar controis periódicos por parte do seu médico e enfermeira de Atención Primaria, os que axustarán o tratamento para conseguir obxectivos de PA <130/80 mm Hg, LDL-colesterol <100 mg/dl e HbA1c <7%.

Tratamento que recibe no momento actual

En caso de evolución desfavorable, volveremos valoralo. Para iso, indicámoslle o teléfono e o enderezo electrónico do seu cardiólogo consultor, Dra. Teléfono 981 950 ///, Enderezo-e: nome.apellido.apellido@sergas.es

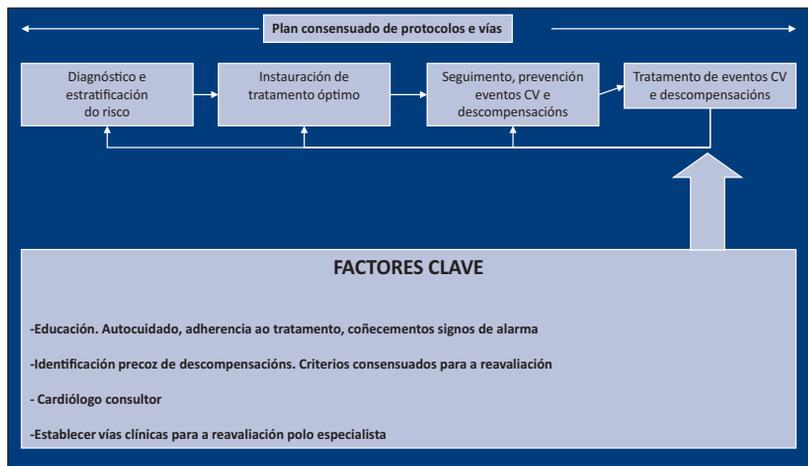
SEGUIMIENTO DA C. ISQUÉMICA ESTABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA



### 3D. TRATAMIENTO EVENTOS CV E DESCOMPENSACIONES

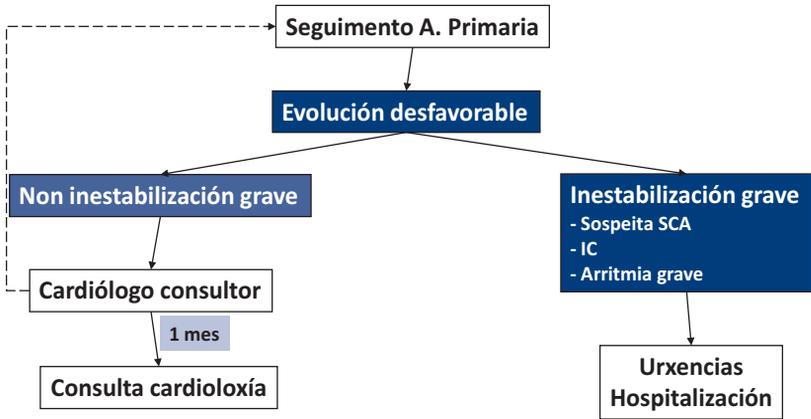
A última fase do proceso contempla o tratamento de novos eventos e das descompensacións, tal como pode verse na figura 5.

Figura 5. Fases do proceso de cardiopatía isquémica crónica

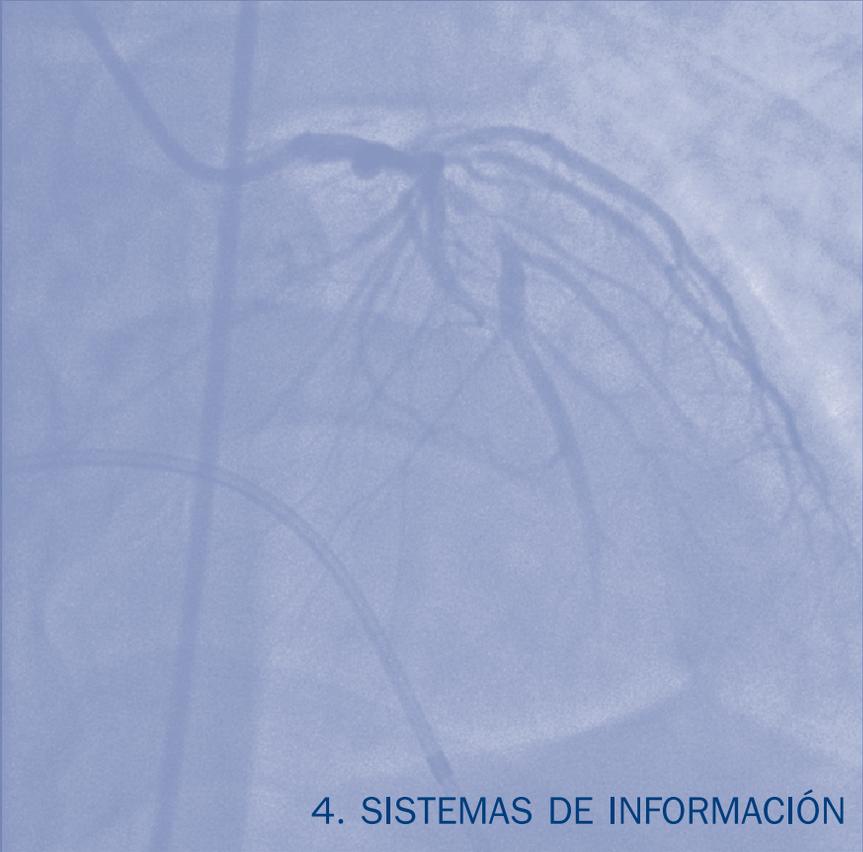


O cardiólogo volve valorar o paciente no caso de que se produza un **novo evento ou unha descompensación**. A figura esencial para xestionar a reavaliación de pacientes con cardiopatía crónica estable seguidos en atención primaria e que presentan unha descompensación é o **cardiólogo consultor de Atención Primaria**. Os médicos de Atención Primaria da área teñen a posibilidade de contactar con eles de forma directa, vía telefónica ou por correo electrónico. No momento actual existen tres consultores entre os que se repartiu a área sanitaria de forma proporcional.

REVALORACIÓN PACIENTES CON EVOLUCIÓN DESFAVORABLE







4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

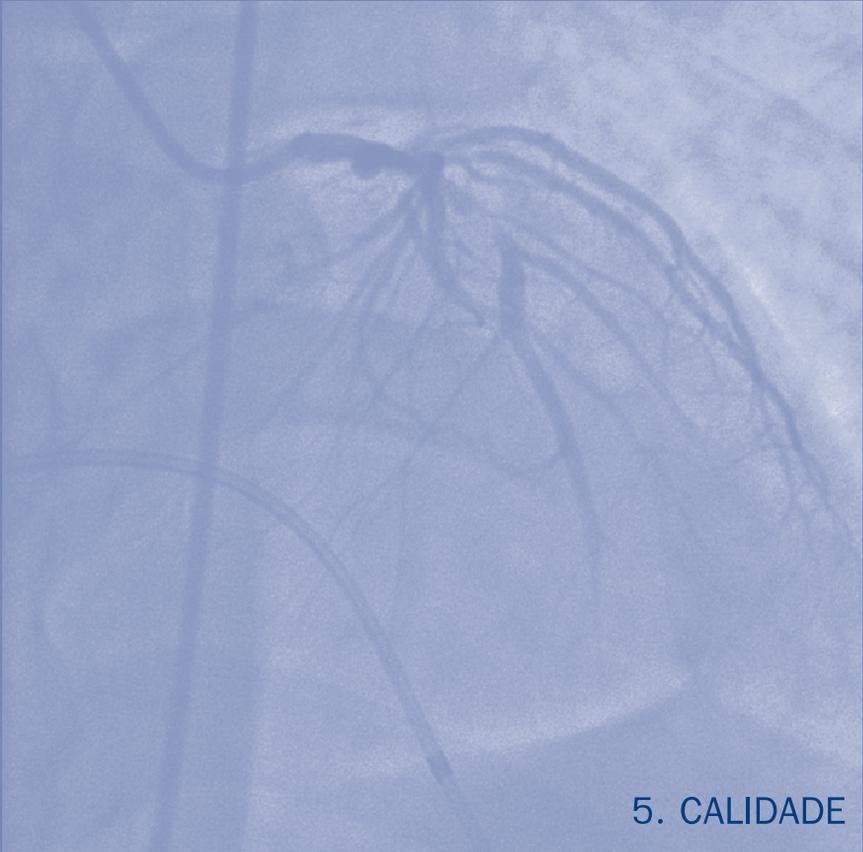


## 4- SISTEMAS DE INFORMACIÓN

---

Os sistemas de información comúns son básicos para asegurar a continuidade asistencial entre niveis. No noso caso, o sistema IANUS é unha ferramenta fundamental que permite esta función. É necesario crear unha **base de datos clínica da consulta de Cardiología** con conexión a IANUS, que permita medir o proceso coa intención de melloralo e tamén co obxecto de favorecer a investigación clínica.





## 5. CALIDADE



## 5- CALIDADE

É necesario incluír indicadores que nos permitan medir o proceso en termos de cantidade, calidade e custo. Para a medición dos indicadores de calidade propostos, utilizaranse os sistemas de información deseñados especificamente para o proceso (base de datos de consulta) e os sistemas de información do CHUS.

### INDICADORES DO PROCESO

| INDICADOR  | TIPO      | FÓRMULA  | ESTANDAR  | FONTE INFORMACIÓN   | PERIODICIDADE | RESPONSABLE  |
|--|-----------|--|-----------|---|---------------|--|
| Diagnóstico de CI positivo (test isquemia ou coronariografía) entre os doentes derivados dende AP por dor torácica | Resultado | $\frac{\text{Nº pacientes con test isquemia ou coronariografía (+)}}{\text{Nº pacientes derivados a CAU dende AP por dor torácica}} \times 100$                            | >30 %     | Base de datos CAU e IANUS   | Anual         | S. Cardioloxía (coordinador/a CAU e coordinador/a consultas)         |
| Demora en consulta en doentes derivados dende AP por dor torácica  | Proceso   | Data solicitude consulta - Data de consulta, en días   | < 30 días | Base de datos CAU (listado doentes consultados por dor torácica) e programa clínica         | Semestral     | S. Cardioloxía e S. Admisión   |
| Implicación de doentes ingresados por SCA en programa educativo  | Proceso   | $\frac{\text{Nº doentes que asisten a sesións e aos que se dá folleto educativo}}{\text{Nº doentes ingresados por SCA en S. Cardioloxía}} \times 100$                      | >75%      | Bases CMDB (todos os códigos relacionados con SCA) Rexistro de enfermería de S. Cardioloxía | Anual         | S. Admisión (Codificación) e S. Cardioloxía (Supervisión Enfermería) |
| Derivación para seguimento en AP de doentes ingresados por SCA   | Proceso   | $\frac{\text{Nº doentes ingresados por SCA en ano previo en S. Cardioloxía, sen cita para cardiología}}{\text{Nº de doentes ingresados por SCA en ano previo}} \times 100$ | >80%      | Bases CMDB (todos os códigos relacionados con SCA) Programa clínica                         | Anual         | S. Admisión (Codificación)   |

**INDICADORES DO PROCESO (cont.)**

| INDICADOR   | TIPO      | FÓRMULA   | ESTANDAR   | FONTE INFORMACIÓN  | PERIODICIDADE | RESPONSABLE  |
|---|-----------|---|--|--|---------------|--|
| Tratamento médico óptimo en doentes con SCA   | Resultado | Nº doentes ingresados por SCA en ano previo e seguidos en consulta de Cardioloxía que recibe antiagregantes, estatinas, IECA/ARA (sen contraindicación) e betabloqueantes sen contraindicación<br>----- x 100<br>Nº de doentes ingresados por SCA en ano previo | Antiagreg > 90%<br>Estatinas > 90%<br>IECA/ARA > 80%<br>Betabloq > 80% | Mostra aleatoria 50 doentes entre os ingresados por SCA en ano previo seguidos en consulta cardioloxía, bases CMBD e IANUS | Anual         | S. Admisión (Codificación)<br>S. Cardioloxía (coordinador/a consultas)                                 |
| Cumprimento de obxectivos terapéuticos en doentes con SCA                                   | Resultado | Nº doentes con SCA derivados a AP para seguimento con niveis de TA < 140/90, LDL < 100, IMC < 30<br>----- x 100<br>Nº doentes con SCA derivados a AP para seguimento  | TA < 140/90 > 90%<br>LDL < 100 > 90%<br>IMC < 30 > 80%                 | Mostra aleatoria 100 doentes entre os ingresados por SCA en ano previo derivados para seguimento en AP                     | Anual         | S. Codificación e Atención primaria (Facultativos e personal de enfermería responsables dos pacientes) |
| Reevaluación por medio de cardiologo consultor de doentes con CI con seguimento en primaria | Proceso   | Nº doentes con CI seguidos en AP avaliados por cardiologo consultor en último ano<br>----- x 100<br>Nº doentes con CI derivados para seguimento en primaria no último ano   | A determinar   | Programa clínica e registros cardiologo consultor  | Anual         | S. Cardioloxía e S. Admisión   |
| Reingresos por SCA en doentes con CI derivados para seguimento en AP                        | Resultado | Nº doentes con CI derivados para seguimento en AP no último ano ingresados por SCA no ano seguinte<br>----- x 100<br>Nº doentes con CI derivados para seguimento en AP no último ano  | A determinar   | Bases CMBD (todos os códigos relacionados con SCA)<br>Programa clínica   | Anual         | S. Admisión (Codificación)   |



6. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA  
EN PACIENTES CORONARIOS  
NA ÁREA CV DO CHUS



## 6- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CORONARIOS NA ÁREA CV DO CHUS

---

### 1- INTRODUCCIÓN

A intervención educativa hase de entender como un proceso continuo que se inicia, na maioría dos casos, durante o ingreso hospitalario e que se debe manter durante todo o período de seguimento, inicialmente en consultas de Cardioloxía e finalmente en Atención Primaria,

A **enfermería implicada** será a da Unidade Coronaria, a da planta de hospitalización de Cardioloxía, a das consultas de Cardioloxía e a enfermería de Atención Primaria. É importante, pois, que o programa que se vai aplicar sexa común e consensuado, coa intención de manter a continuidade nas mensaxes, dirixidas en especial a fomentar hábitos saudables, a adherencia ao tratamento e o autocontrol.

O programa educativo está dirixido aos pacientes, aos seus cuidadores e aos familiares.

### 2- OBXECTIVO XERAL DO PROGRAMA EDUCATIVO

- Axudar o paciente a recuperar o máximo nivel de funcionalidade e independencia para mellorar a súa calidade de vida, tanto no aspecto físico como psicolóxico.

### 3- OBXECTIVOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA EDUCATIVO

- Reducir os síntomas cardíacos e as posibles complicacións.
- Optimizar a terapia medicamentosa mediante unha boa adherencia ou cumprimentación terapéutica.
- Fomentar a independencia por medio do autocontrol.
- Reducir o número de hospitalizacións.
- Estabilizar ou reverter a aterosclerose.
- Preparar o paciente para o seu regreso ao traballo, axudándolle a facer fronte ás necesidades físicas ou psicolóxicas que ten a súa ocupación.

#### 4. ESTRUCTURA DO PROGRAMA EDUCATIVO:

##### **Módulo I. O corazón como órgano vital:**

- Como funciona?
- Que me pasou?
- Probas diagnósticas

##### **Módulo II. Tratamento farmacolóxico:**

- Adherencia
- Que facer en caso de dor
- Precaucións

##### **Módulo III: Viaxes**

- Cando reiniciar a condución de vehículos
- Vacacións/ocio
- Tratamento e vacacións

##### **Módulo IV: Actividade sexual**

- O sexo despois do infarto
- A parella tamén conta
- Precaucións e consellos básicos
- Papel dos medicamentos

##### **Módulo V: Actividade física/deportes:**

- Importancia da actividade física na diminución dos factores de risco
- Como e cando empezar
- Tipo de actividades

#### 5- METODOLOXÍA

- Impartiranse clases de educación para a saúde que axuden o paciente a axustar ou modificar o seu estilo de vida e os seus costumes.
  - Sesións de curta duración impartidas polo persoal da unidade previas á alta e dirixidas aos pacientes e familiares.

- Realizárase a educación grupal ou individual, dependendo das características de cada paciente.
- Entregaranse folletos con recomendacións de enfermería (elaborados na unidade) para reforzar as clases de educación para a saúde.

## **6- CONTROL DE CALIDADE DO PROGRAMA EDUCATIVO**

---

Seguindo os obxectivos do Plan de calidade do CHUS, recollido dentro do Plan estratéxico, propónse realizar un control de calidade desta intervención educativa nunha dobre vía, como calidade percibida en termos de satisfacción do paciente e un **control de calidade da propia intervención**.

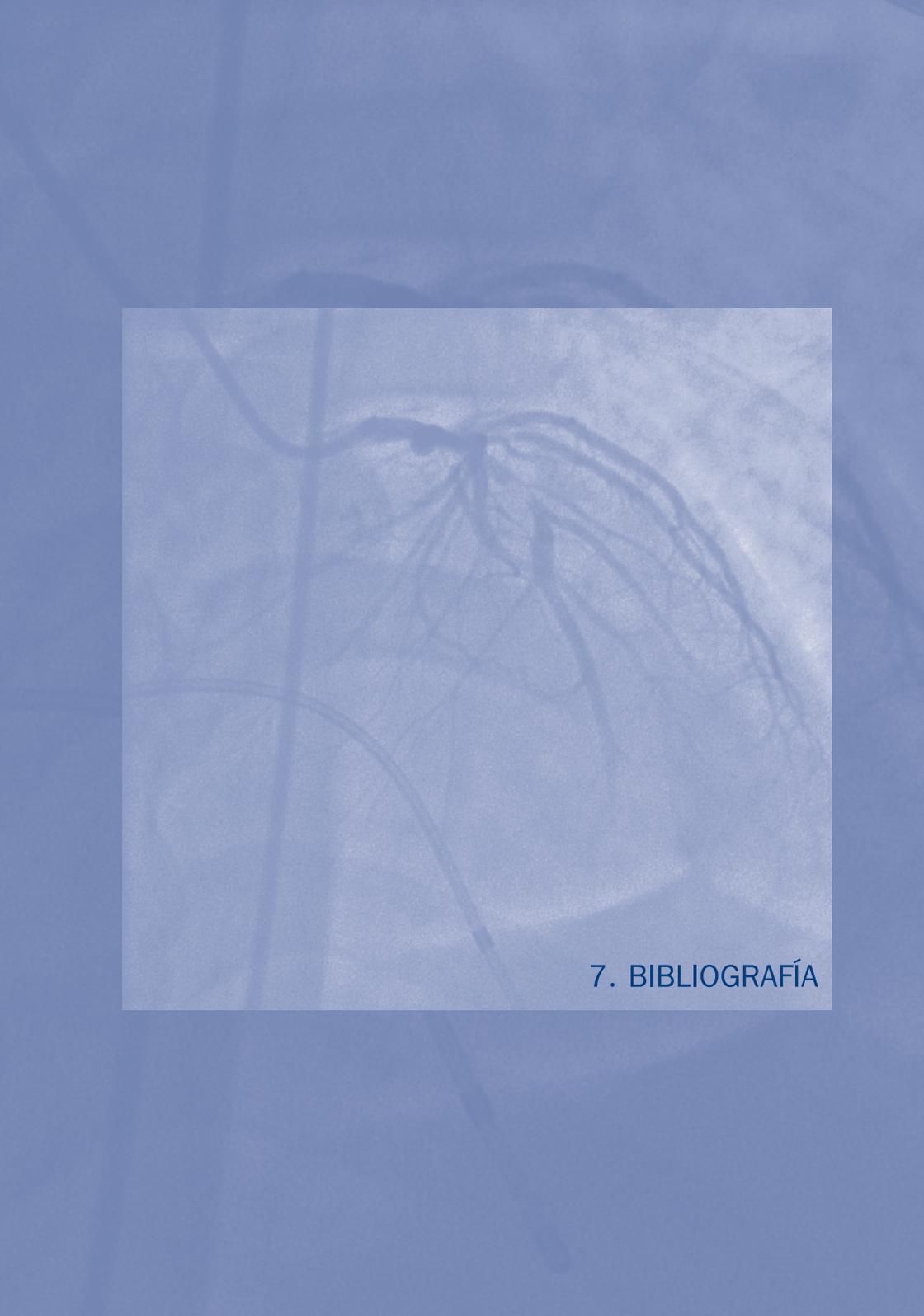
**Calidade percibida:** avaliarase mediante **enquisas de satisfacción** realizadas a mostras significativas de pacientes cada seis meses.

**Calidade da intervención:** para a súa avaliación propóñense:

**Porcentaxe de pacientes (coidadores e familiares) ingresados por SCA que acoden ás sesións educativas.** Como método de medida propónse realizar un rexistro de sesións no que se recolla o número de asistentes, realizando unha avaliación semestral da porcentaxe de pacientes. Esta porcentaxe debe ser superior ao 75%.

**Porcentaxe de pacientes (coidadores e familiares) atendidos en consultas de Cardioloxía tras a alta hospitalaria que acoden ás sesións educativas.** Como método de medida propónse realizar un rexistro de sesións no que se recolla o número de asistentes, realizando unha avaliación semestral da porcentaxe de pacientes.





## 7. BIBLIOGRAFÍA



## 7- BIBLIOGRAFÍA

---

- Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D 'Agostino R Sr, Ohman EM, Röther J et al. REACH Registry Investigators. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2007; 297: 1197-206.
- Guías de práctica clínica sobre prevención da enfermidade cardiovascular: versión resumida. Cuarto Grupo de Trabajo Conxunto da Sociedade Europea de Cardiología e outras Sociedades sobre Prevención da Enfermidade Cardiovascular na Práctica Clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:e1-e49.
- Guías de práctica clínica para o tratamento da hipertensión arterial 2007. Grupo de Trabajo para o Tratamento da Hipertensión Arterial da Sociedade Europea de Hipertensión (ESH) e da Sociedade Europea de Cardiología (ESC). *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60: 968. e1-e94.
- Guía sobre o manexo da anxina estable. Versión resumida. Grupo de Trabajo da Sociedade Europea de Cardiología sobre o Manexo da Anxina Estable. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59: 919-70.



ORGANIZACIÓN DEL  
PROCESO ASISTENCIAL DE  
**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
CRÓNICA**

EN EL ÁREA DEL COMPLEXO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO  
DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Documento consensuado entre el Servicio de Cardiología y  
Atención primaria de Santiago y Pontevedra.



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

**Complexo Hospitalario Universitario  
de Santiago de Compostela**  
Santiago de Compostela



## **Equipo de trabajo**

José Ramón González Juanatey,  
*Servicio de Cardiología del CHUS.*

Alfonso Varela Román,  
*Servicio de Cardiología del CHUS.*

Pilar Mazón Ramos,  
*Servizo de Cardioloxía do CHUS.*

María Victoria Reino Maceira,  
*Servicio de Cardiología del CHUS.*

Carmen Otero Barreiro,  
*Servicio de Cardiología del CHUS.*

Luís Meijide Calvo,  
*Xerencia Atención Primaria de Pontevedra.  
Centro de Saúde da Estrada.*

Jesús Sueiro Justel,  
*Xerencia Atención Primaria de Santiago.  
CS Concepción Arenal de Santiago de Compostela.*

Manuel Portela Romero,  
*Xerencia Atención Primaria de Santiago de Compostela.  
Centro de Saúde de Padrón.*

María Fernanda Beceiro Díaz,  
*Enfermera de A Estrada.*



## ÍNDICE

---

|   |         |
|---|---------|
| 1- ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....                        | Pág. 59 |
| 2- ELEMENTOS IMPLICADOS Y FILOSOFIA DEL PROCESO ..... | Pág. 63 |
| 3- FASES DEL PROCESO .....                            | Pág. 67 |
| A- DIAGNOSTICOS Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO .....     | Pág. 67 |
| B- INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO ÓPTIMO .....           | Pág. 70 |
| C- SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN EVENTOS CV .....          | Pág. 75 |
| D- TRATAMIENTO EVENTOS CV Y DESCOMPENSACIONES .....   | Pág. 80 |
| 4- SISTEMAS DE INFORMACIÓN .....                      | Pág. 85 |
| 5- CALIDAD .....                                      | Pág. 89 |
| 6- PROGRAMA EDUCATIVO EN PACIENTES CORONARIOS .....   | Pág. 93 |
| 7- BIBLIOGRAFÍA .....                                 | Pág. 99 |





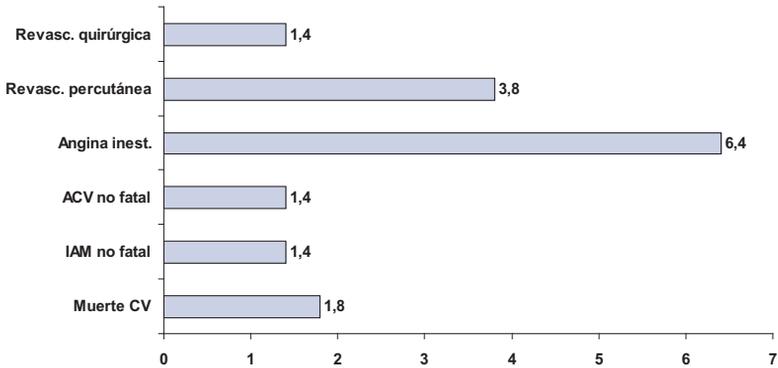
## 1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN



## 1- ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La cardiopatía isquémica crónica es el principal motivo de consultas sucesivas en nuestro servicio, representando aproximadamente la mitad de las consultas, lo que significa más de 6.000 consultas anuales. El pronóstico de esta entidad es relativamente benigno, con tasas de mortalidad anual inferior al 2% y bajas tasas anuales de eventos cardiovasculares, tal como puede verse en la figura 1.

Figura 1. Tasas anuales de eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica crónica, en el Registro REACH



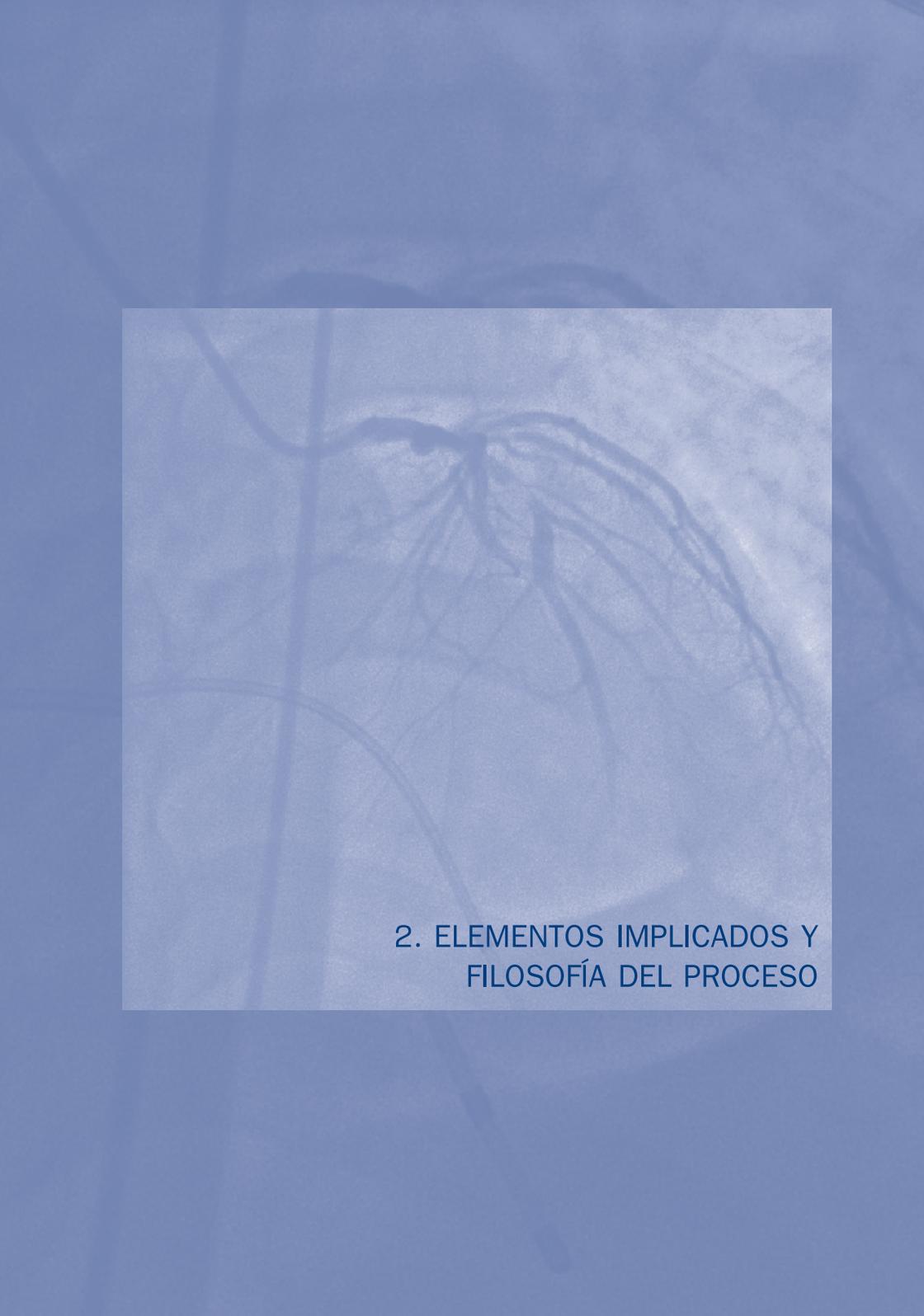
Steg PG et al. JAMA. 2007;297: 1197-1206.

Los pacientes portadores de cardiopatía isquémica crónica con riesgo elevado de presentar nuevos eventos cardiovasculares se enumeran en la tabla 1.

Tabla 1 Pacientes portadores de CI crónica con alto riesgo de presentar nuevos eventos cardiovasculares

1. Síndrome coronario Agudo reciente
2. Disfunción ventricular izquierda
3. Enfermedad coronaria severa (tronco o 3 vasos) no revascularizada
4. Pacientes con isquemia severa no revascularizada
5. Pobre clase funcional para angina o disnea (clase III ó IV NYHA)
6. Pacientes con revascularización incompleta

Si excluimos a estos pacientes, todavía queda un elevado porcentaje de casos en los que no existe un riesgo cardiovascular especialmente elevado y en los que el tratamiento debe orientarse al control estricto de factores de riesgo cardiovascular, con la intención de prevenir nuevos eventos coronarios. En estos casos el seguimiento debería realizarse en atención primaria, en especial en aquellos pacientes con un diagnóstico y tratamiento óptimo y que tras un periodo de seguimiento razonable (6 meses-1 año) no hayan presentado nuevos eventos.



## 2. ELEMENTOS IMPLICADOS Y FILOSOFÍA DEL PROCESO



## 2- ELEMENTOS IMPLICADOS Y FILOSOFÍA DEL PROCESO

Los **elementos implicados** en el desarrollo de este proceso deben ser:

Atención Primaria

- gerencia
- Médicos Atención Primaria
- Enfermeras Atención Primaria

CHUS

- Gerencia
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Admisión de Enfermos

La **filosofía** que debe regir este proceso debe ser la siguiente:

- 1- El **paciente** con sus expectativas y necesidades es el **centro del proceso**, debiendo ser los diferentes profesionales implicados los que adapten su actuación a estas necesidades.
- 2- Definir la funciones y los momentos de actuación a lo largo del proceso de los diferentes **profesionales implicados**, con objeto de evitar duplicidades y mejorar la eficiencia del proceso.
  - a. El **cardiólogo** debe ser el responsable del correcto diagnóstico y de la elaboración de un plan de tratamiento, basado en guías de práctica clínica, dirigido a prevenir eventos. También debe reevaluar al paciente en casos de evolución desfavorable.
  - b. La **enfermería de las consultas de cardiología** debe implicarse en la educación del paciente, y en el seguimiento y control de factores de riesgo cardiovascular, durante la fase de seguimiento en la consulta de cardiología.
  - c. El **médico de atención primaria**, responsable del seguimiento crónico del paciente estable, dando continuidad a la estrategia terapéutica propuesta por el cardiólogo e identificar aquellos pacientes con evolución clínica desfavorable para que sean reevaluados.
  - d. La **enfermería de atención primaria**, debe dar continuidad al programa educativo iniciado durante la fase de seguimiento hospitalario y dar continuidad también al plan de cuidados de enfermería.
- 3- Aplicación de **Guías de Práctica Clínica**.

Elaboración de **protocolos consensuados** basados en guías de práctica clínica que aseguren la aplicación de las mismas de forma homogénea y continua en los diferentes niveles y servicios.

- 4- Utilizar sistemas de información, basados en el IANUS, que
  - a. Faciliten la continuidad asistencial entre distintos servicios y niveles asistenciales.
  - b. Permitan a través de indicadores predefinidos medir el proceso, en términos de calidad, cantidad y coste, con la intención introducir mejoras.
  - c. Sean herramientas útiles para la investigación clínica.

El **objetivo final** es asegurar un correcto diagnóstico y aplicación de un tratamiento óptimo, basado en las guías de práctica clínica dirigido a **evitar nuevos eventos cardiovasculares**, derivando a los pacientes estables a atención primaria para su seguimiento.



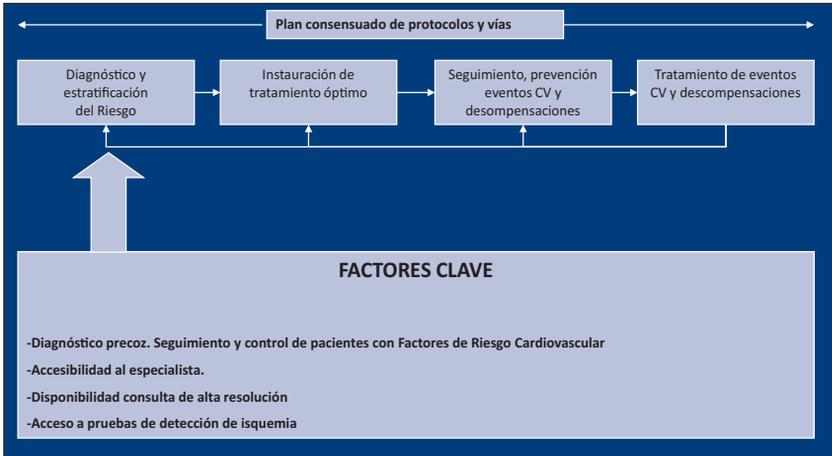
### 3. FASES DEL PROCESO



### 3- FASES DO PROCESO

Las distintas fases del proceso las podemos ver esquematizadas en la figura 2.

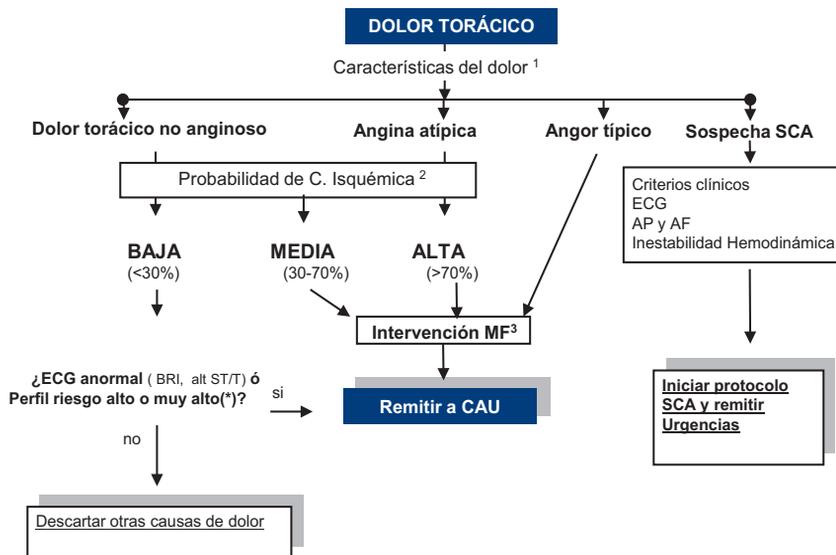
Figura 2. Fases del proceso cardiopatía isquémica crónica



#### 3A. A FASE DE DIAGNOSTICO Y ESTRATIFICACION DE RIESGO

En la primera fase de diagnóstico el elemento clave radica en la **accesibilidad al especialista**. En nuestro caso se realiza a través de las **Consultas de Acto Único**, en las que existe capacidad para realización de técnicas diagnósticas específicas, como la ecocardiografía, la ergometría y el Holter, en el mismo día de la consulta con lo que es posible en prácticamente todos los casos el establecer un diagnóstico definitivo, acompañado de una completa evaluación cardiológica.

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



(\*) Determinado según tablas de RCV (Euroscore, REGICOR...)

**1- CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR TORÁCICO (CRITERIOS DE DIAMOND)**

- Retroesternal, opresivo / constrictivo /quemante, duración minutos
- Provocado por ejercicio o estrés emocional
- Aliviado por reposo o NTG

**Dolor torácico no anginoso:** 0-1 rasgos típicos

**Angina atípica:** 2 rasgos típicos

**Angor típico:** 3 rasgos típicos

**2- PROBABILIDAD DE C. ISQUÉMICA\* EN %**

| Dolor torácico no anginoso |         | Angina atípica |         | Angina típica |         |         |
|----------------------------|---------|----------------|---------|---------------|---------|---------|
| Edad                       | Hombres | Mujeres        | Hombres | Mujeres       | Hombres | Mujeres |
| 30-39                      | 4       | 2              | 34      | 12            | 76      | 26      |
| 40-49                      | 13      | 3              | 51      | 22            | 87      | 55      |
| 50-59                      | 20      | 7              | 65      | 61            | 93      | 73      |
| 60-69                      | 27      | 14             | 72      | 51            | 94      | 86      |

\* En pacientes de baja probabilidad clínica valorar riesgo CV según tablas. Se podría considerar test de isquemia en pacientes con riesgo alto o muy alto.

**3- INTERVENCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA:**

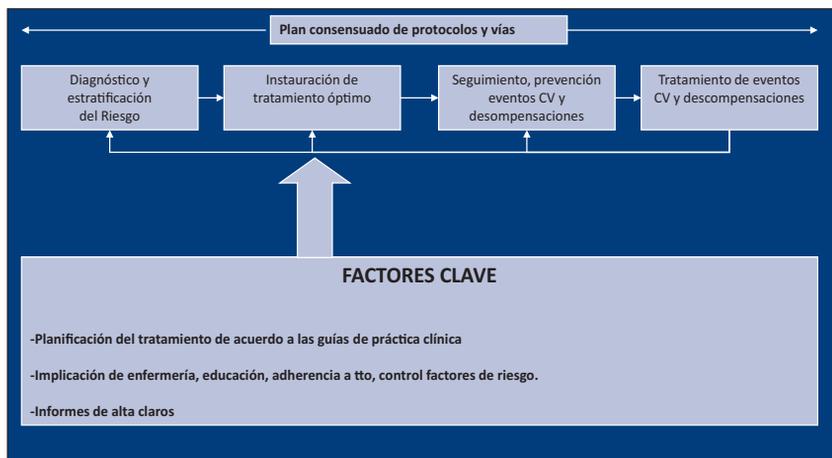
- **HC y exploración física:** AF de ECV precoz, FRCV, hábitos y estilo de vida, bioquímica con perfil lipídico, ECG y si es posible RX tórax.
- **Iniciar tratamiento:** AAS, NT sublingual, valorar betabloqueantes, nitratos /calcioantagonistas / otros, control de FRCV.

Otra forma de entrada en el proceso la constituyen los **pacientes dados de alta en la planta de hospitalización** por haber sufrido un evento coronario agudo. En este caso la evaluación completa se realiza durante el ingreso y son valorados en una consulta específica, que se realiza 2 días por semana.

### 3B. INSTAURACION DE TRATAMIENTO ÓPTIMO

Una vez establecido el diagnóstico se pasa a la siguiente fase del proceso en la que el elemento clave es la **optimización terapéutica**, tal como puede verse en la figura 3.

Figura 3. Fases del proceso cardiopatía isquémica crónica

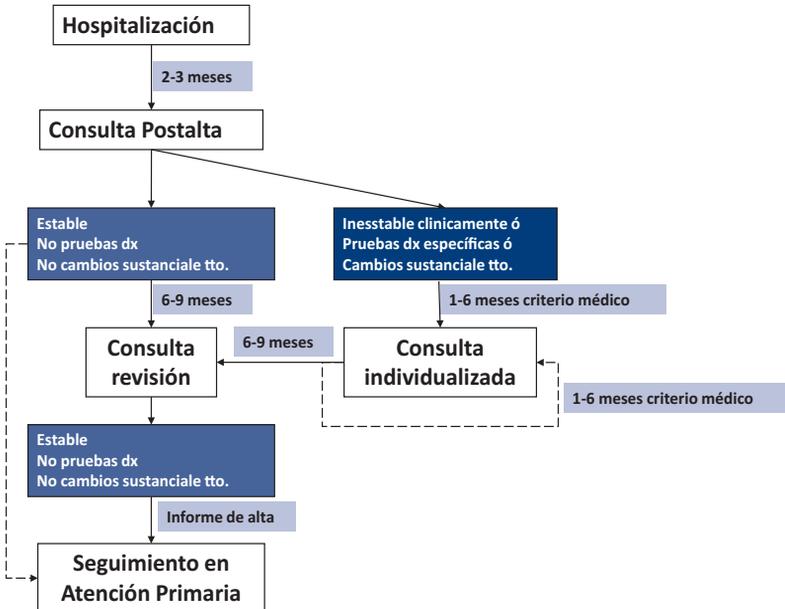


La clave en esta fase es **planificar la estrategia terapéutica de acuerdo a las guías de práctica clínica**, y la elaboración de **informes claros** que contengan información suficiente sobre el diagnóstico, el plan terapéutico y sus objetivos. En esta fase es esencial el **papel de la enfermería** para dar inicio al proceso educativo del paciente, o bien dar continuidad al proceso educativo iniciado en muchos pacientes durante su ingreso hospitalario.

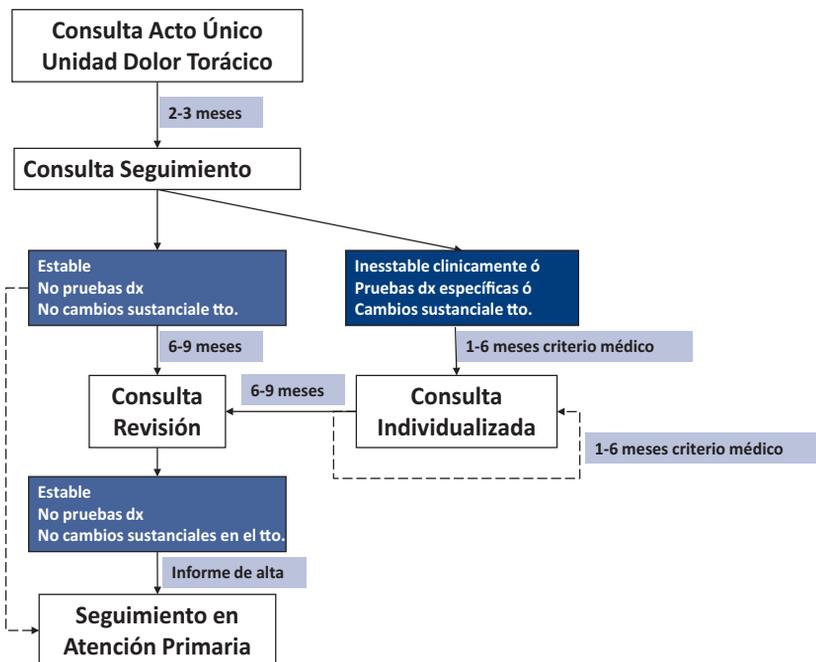
Desde principios de este año 2008 se está llevando a cabo un **programa educativo para pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo**, elaborado, desarrollado por la enfermería de la Unidad Coronaria y realizado por la enfermería de la Unidad Coronaria y la planta de hospitalización. En este programa se realizan diferentes acciones educativas siendo la más destacables las **sesiones de grupo** con presentación powerpoint de periodicidad semanal y llevadas a cabo por la enfermería de la Unidad Coronaria y entrega de un **tríptico con información básica** sobre la enfermedad, los hábitos de vida saludables y medidas de autocuidado. Estas acciones deben tener **continuidad en la consulta de cardiología**.

La fase de optimización de tratamiento debe realizarse en **colaboración con primaria**, debiendo mantener consultas de revisión en cardiología por un tiempo razonable (6 meses-1año), hasta que se haya optimizado el tratamiento y se haya comprobado la evolución favorable.

SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA TRAS HOSPITALIZACIÓN



SEGUIMIENTO EN CONSULA DE CARDIOLOGIA TRAS  
DIAGNÓSTICO AMBULATORIO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA



**- Pacientes**

Existen dos grandes grupos de pacientes atendidos en consultas de seguimiento:

- a- Pacientes con diagnóstico basado en pruebas de detección de isquemia no invasivas, en los que se ha optado por tratamiento farmacológico y que no han sido hospitalizados.
- b- Pacientes con hospitalización previa por evento coronario agudo.

**- Objetivos del seguimiento**

- a- Optimizar diagnóstico y tratamiento y conseguir la estabilidad clínica:
  - Completar pruebas diagnósticas.
  - Adecuación de la estrategia terapéutica a las guías de práctica clínica.
  - Titulación de fármacos y valoración necesidad estrategias intervencionistas.

b- Se realizará actividad educativa dirigida a pacientes y familiares:

- Modificación estilo de vida
- Conocimiento signos de alarma
- Autocuidado
- Cumplimentación terapéutica.

c- Definir objetivos y planificar estrategia terapéutica para optimización del control de factores de riesgo cardiovascular, de forma conjunta con atención primaria.

**- Periodicidad de las consultas**

a- Primera revisión tras diagnóstico

a. Pacientes sin hospitalización previa, diagnosticados en su mayoría en consulta de acto único o bien en unidad de dolor torácico hospitalaria:

- i. Serán vistos en consulta general de seguimiento.
- ii. Idealmente antes de 3 meses.
- iii. Aportará analítica general que incluya hemograma, pruebas de función renal y hepática, enzimas musculares (CPK, LDH) perfil lipídico, glucemia basal y HbA1c en diabéticos.
- iv. Se valorará en función de evolución clínica la realización de nuevos estudios complementarios (test de isquemia, ecocardiograma, estudios invasivos).
- v. Se optimizarán dosis de fármacos anti-isquémicos.
- vi. Se continuará el programa educativo.
- vii. Se programa nueva revisión (Rutinaria/Individualizada)..

b. Pacientes con hospitalización previa por evento coronario agudo o revascularización:

- i. Serán vistos en consulta post-alta.
- ii. Idealmente en plazo 2-3 meses.
- iii. Aportará analítica general que incluya hemograma, pruebas de función renal y hepática, enzimas musculares (CPK, LDH) perfil lipídico, glucemia basal y HbA1c en diabéticos (SOLICITAR AL ALTA HOSPITALARIA).
- iv. Se optimizarán dosis de fármacos anti-isquémicos.
- v. Se continuará el programa educativo.

vi. Se programa nueva revisión (Rutinaria/Individualizada).

b- Revisión sucesivas

a. Rutinaria:

- i. Paciente con evolución clínica favorable en primera revisión tras diagnóstico, en el que no se solicitan nuevos test diagnósticos ni se modifica de forma sustancial el tratamiento. Idealmente en un plazo aproximado de 6-9 meses.
- ii. Paciente con evolución clínica favorable tras revisión individualizada, tras la que no se solicitan nuevos test diagnósticos ni se modifica de forma sustancial el tratamiento. A criterio de cardiólogo en plazo no superior a 6-9 meses.
- iii. Objeto valorar derivación a primaria si cumple criterios establecidos (completado 1 año de seguimiento).
- iv. **Valorar clase funcional y estabilidad clínica.**
- v. **Comprobación de cumplimentación terapéutica y posibles efectos secundarios.**
- vi. **Grado de control de factores de riesgo (aportará controles analíticos y de otros factores de riesgo realizados durante este tiempo en atención primaria).**
- vii. **Refuerzo educativo.**
- viii. Reevaluar tratamiento antiagregante a largo plazo (valorar necesidad doble antiagregación).
- ix. Elaboración de informe de alta a primaria si procede.
- x. Programar nueva revisión si no cumple criterios para derivación a primaria (Individualizada).

b. Individualizada:

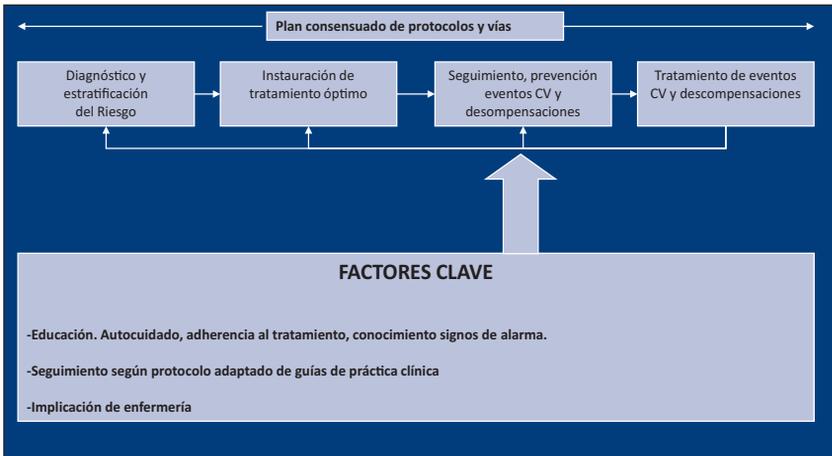
- i. Paciente con evolución clínica desfavorable en primera revisión o sucesivas
  - 1. Manifestaciones clínicas de isquemia (Angina, isquemia ECG).
  - 2. Disfunción ventricular con repercusión clínica.
  - 3. Síncope.
  - 4. Arritmias graves.

5. Modificación terapéutica sustancial que requieran control a corto medio plazo (antiarrítmicos, tratamiento insuficiencia cardiaca, efectos secundarios graves de tratamiento previo).
- ii. Plazo variable a criterio del cardiólogo.
- iii. **Valorar clase funcional y estabilidad clínica.**
- iv. **Comprobación de cumplimentación terapéutica y posibles efectos secundarios.**
- v. **Grado de control de factores de riesgo (aportará controles analíticos y de otros factores de riesgo realizados durante este tiempo en atención primaria).**
- vi. **Refuerzo educativo.**
- vii. Elaboración de informe de alta a primaria si procede.
- viii. Programar nueva revisión si no cumple criterios para derivación a primaria (Individualizada).

### 3C. SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE EVENTOS CV

Una vez completado el proceso de diagnóstico y optimización terapéutica entramos en una fase del proceso en la que el principal objetivo es prevenir nuevos eventos cardiovasculares y descompensaciones, tal como puede verse en la figura 4.

Figura 4. Fases del proceso cardiopatía isquémica crónica



En esta fase el objetivo es mantener la estabilidad del paciente, dando continuidad a los programas educativos y manteniendo el tratamiento basado en guías de práctica clínica, con ajuste del mismo en función de los objetivos terapéuticos consensuados. Esta fase debe ser realizada básicamente en atención primaria y para ello se deben consensuar unos criterios de derivación de pacientes en los que se defina la estabilidad clínica. Es también fundamental dar continuidad al programa educativo de enfermería, iniciado en la fase hospitalaria, y para ello es esencial la implicación de la enfermería de atención primaria en el proceso.

**- Criterios de derivación de pacientes con cardiopatía isquémica crónica a atención primaria para su seguimiento.**

Los pacientes serán derivados a atención primaria para su seguimiento cuando se consigan los siguientes objetivos:

**A. Estabilidad clínica**

**B. Diagnóstico completo**

**C. Tratamiento óptimo**

- A. Se considerará que un paciente se encuentra **estable clínicamente** cuando:
- Pacientes sin síntomas de isquemia residual (angina o equivalentes), disfunción ventricular (disnea), ni de arritmias (síncope), y que no han precisado hospitalización cardiovascular en últimos 6-9 meses.
  - Pacientes con clínica de angina o disnea estable, clase I-II, que no se ha modificado en últimos 6-9 meses, y que en este periodo no han precisado hospitalización.
- B. Se considerará que existe un **diagnóstico completo** cuando se cumplen las siguientes condiciones:
- Determinación de función ventricular
  - Test de confirmación diagnóstico (inducción de isquemia o anatómicos)
  - Evaluación de factores de riesgo cardiovascular mayores
- c. Se considerará que el **tratamiento es óptimo** cuando:
- Se halla iniciado el **programa educativo para pacientes con cardiopatía isquémica**, dirigido a mejorar el conocimiento de la enfermedad y fomentar el auto-cuidado entre el paciente y sus cuidadores.
  - Se hallan introducido todos aquellos tratamientos farmacológicos recomendados por las GPC como clase I, para los que no exista contraindicación absoluta.

- Se hayan titulado los fármacos hasta las dosis recomendadas y se haya comprobado la seguridad y tolerabilidad de los mismos.
- No es previsible que a corto-medio plazo (1 año) vayan a necesitar un tratamiento no farmacológico específico (dispositivos, trasplante, cirugía, etc.).

**- Informe Clínico de derivación a atención primaria**

A todos los pacientes derivados a atención primaria desde las consultas de cardiología se les deberá entregar un Informe Clínico de derivación en el que constará:

- Clase funcional basal
- Diagnóstico etiológico
- Resultados de últimas pruebas complementarias realizadas (ecocardio, ECG, laboratorio), haciendo constar las fechas de realización.
- Tratamiento habitual.
- Objetivos terapéuticos de factores de riesgo cardiovascular mayores.
- Idoneidad del paciente para seguimiento en Atención Primaria, utilizando expresiones tipo "una vez que hemos finalizado el estudio de su problema cardiaco, el seguimiento de su problema será realizado por su médico de atención primaria y enfermera", o "su situación actual permite que el seguimiento y ajuste de su medicación pueda ser realizado por su médico de cabecera".
- Indicar que en caso de evolución desfavorable será valorado de nuevo.
- Teléfono de contacto y dirección de correo electrónico del Cardiólogo Consultor.
- Informe de enfermería en el conste el diagnóstico de enfermería.

**- Modelo Informe de derivación a atención primaria**

Paciente de **edad** años, seguido en nuestro servicio desde fecha, y diagnosticado hasta el momento de:

CARDIOAPTIA ISQUEMICA. EVENTO CORONARIO AGUDO.  
ANGINA. FUNCION SISTOLICA VI. ANATOMIA CORONARIA.  
PROCEDIMIENTOS REVASCULARIZACION REALIZADOS.  
CLASE FUNCIONAL.  
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYOR

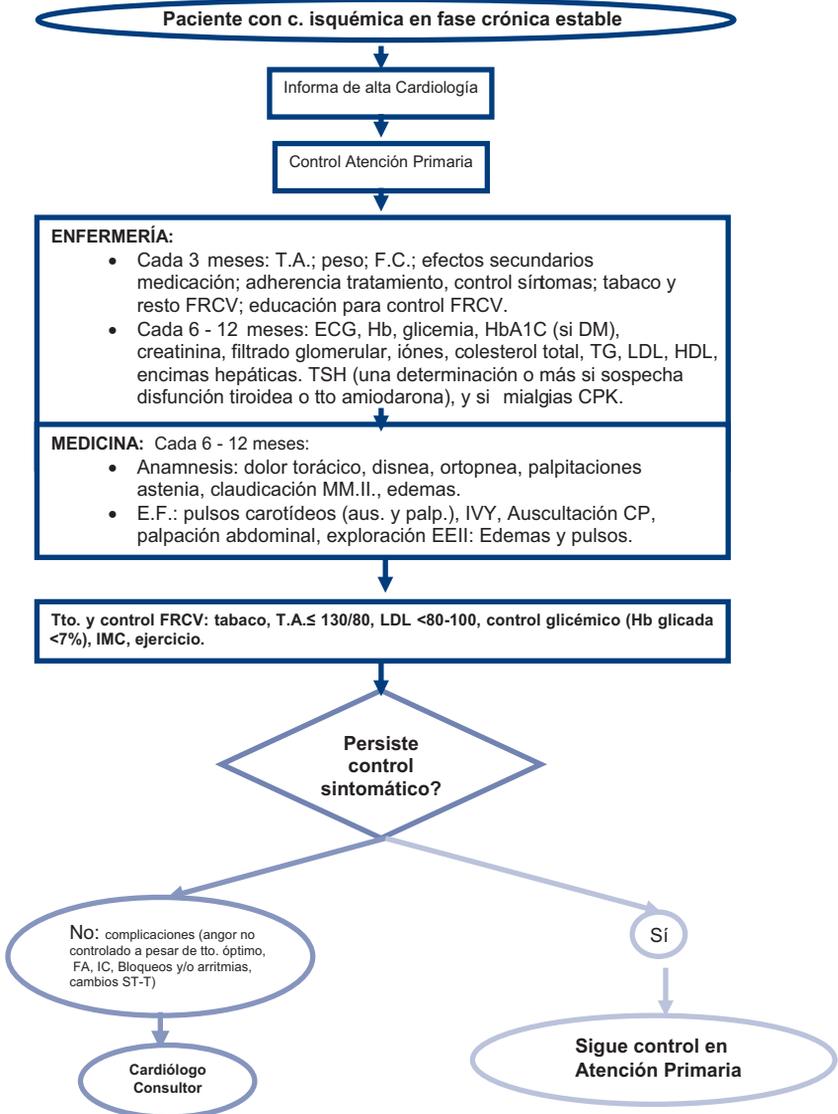
Descripción del evento que motivo la asistencia. Resultados de principales pruebas diagnósticas realizadas (ECG, Ecocardio, Test de Isquemia, laboratorio)

Durante el seguimiento en nuestra consulta presentó una evolución clínica satisfactoria, manteniéndose clínicamente estable, asintomático o con angina/disnea clase, no precisando ingresos hospitalarios en los últimos x meses. Se han realizado todas las pruebas diagnósticas oportunas y recibe una estrategia terapéutica óptima. En esta situación no programamos nuevas revisiones en nuestro servicio, debiendo realizar controles periódicos por parte de su médico y enfermera de atención primaria, quienes ajustarán el tratamiento para conseguir objetivos de PA < 130/80 mm Hg, LDL-colesterol < 100 mg/dl y HbA1c < 7%.

Tratamiento que recibe en el momento actual

En caso de evolución desfavorable volveremos a valorarlo. Para ello te indicamos el teléfono y el correo electrónico de su cardiólogo consultor, Dra. Teléfono 981-950///, mail: nombre.apellido.apellido@sergas.es

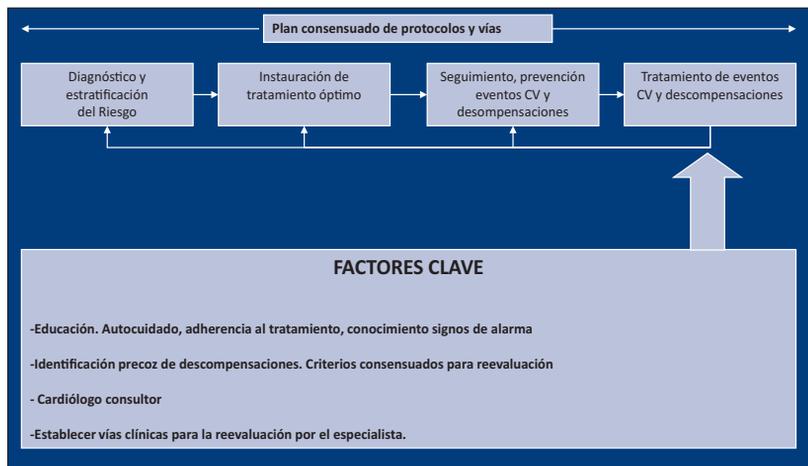
SEGUIMIENTO DE LA C. ISQUÉMICA ESTABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA



### 3D. TRATAMIENTO EVENTOS CV Y DESCOMPENSACIONES

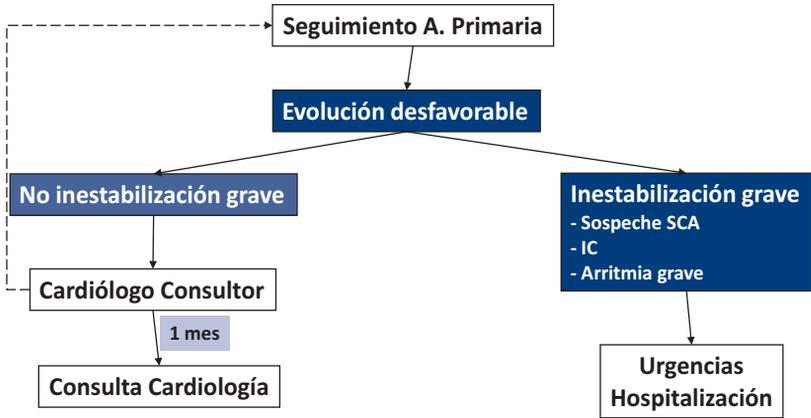
La última fase del proceso contempla el tratamiento de nuevos eventos y de las descompensaciones, tal como puede verse en la figura 5.

Figura 5. Fases del proceso cardiopatía isquémica crónica



El cardiólogo vuelve a valorar al paciente en el caso de que se produzca un **nuevo evento o una descompensación**. La figura esencial para gestionar la reevaluación de pacientes con cardiopatía crónica estable seguidos en atención primaria y que presentan una descompensación es el **cardiólogo consultor de atención primaria**. Los médicos de atención primaria del área tienen la posibilidad de contactar con ellos, de forma directa vía telefónica o por correo electrónico. En el momento actual existen 3 consultores entre los que se ha repartido el área sanitaria de forma proporcional.

REVALORACIÓN PACIENTES CON EVOLUCIÓN DESFAVORABLE







## 4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

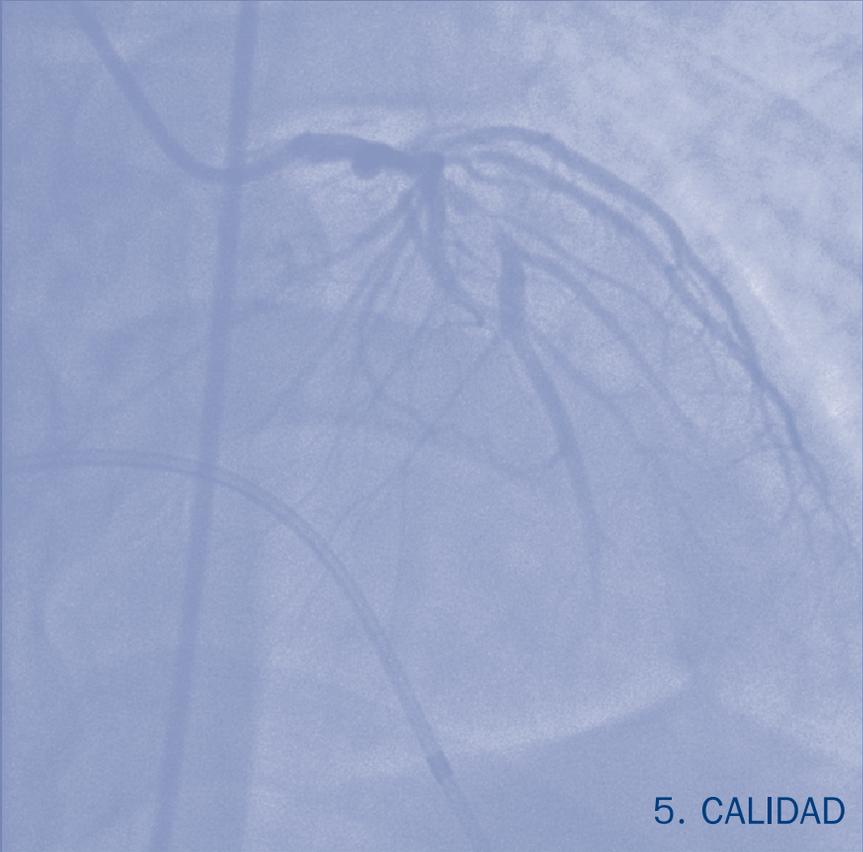


## 4- SISTEMAS DE INFORMACIÓN

---

Los sistemas de información comunes son básicos para asegurar la continuidad asistencial entre niveles. En nuestro caso el sistema IANUS es una herramienta fundamental que permite esta función. Es necesario crear una **base de datos clínica de la consulta de cardiología** con conexión a IANUS, que permita medir el proceso con la intención de mejorarlo y también con objeto de favorecer la investigación clínica.





5. CALIDAD



## 5- CALIDAD

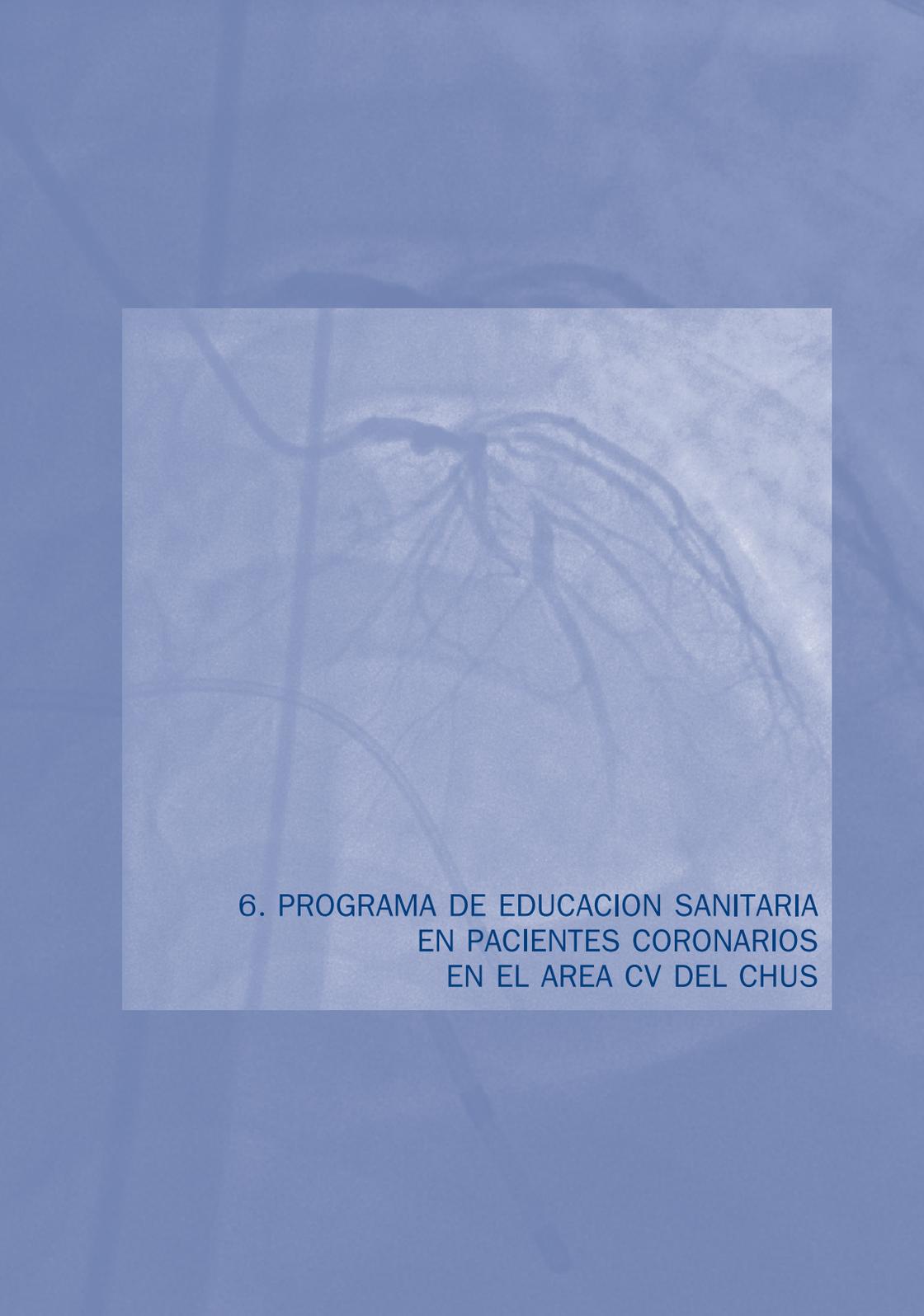
Es necesario incluir indicadores que nos permitan medir el proceso en términos de cantidad, calidad y coste. Para la medición de los indicadores de calidad propuestos se utilizarán los sistemas de información diseñados específicamente para el proceso (base de datos de consulta) y los sistemas de información del CHUS.

### INDICADORES DEL PROCESO

| INDICADOR   | TIPO      | FÓRMULA   | ESTANDAR  | FUENTE INFORMACIÓN   | PERIODICIDAD | RESPONSABLE  |
|---|-----------|---|-----------|--|--------------|--|
| Diagnóstico de CI positivo (test isquemia o coronariografía (+) entre los pacientes derivados desde AP por dolor torácico | Resultado | Nº pacientes con test isquemia o coronariografía (+)<br>----- x 100<br>Nº pacientes derivados a CAU desde AP por dolor torácico                               | >30 %     | Base de datos CAU y IANUS  | Anual        | S. Cardiología (coordinador/a CAU y coordinador/a consultas)         |
| Demora en consulta en pacientes derivados desde AP por dolor torácico   | Proceso   | Fecha solicitud consulta - Fecha de consulta, en días   | < 30 días | Base de datos CAU (listado pacientes consultados por dolor torácico) y programa clínica          | Semestral    | S. Cardiología y S. Admisión   |
| Implicación de pacientes ingresados por SCA en programa educativo   | Proceso   | Nº pacientes asisten sesiones y a los que se da folleto educativo<br>----- x 100<br>Nº pacientes ingresados por SCA en S. Cardiología                         | >75%      | Bases CMIBD (todos los códigos relacionados con SCA)<br>Registro de enfermería de S. Cardiología | Anual        | S. Admisión (Codificación) y S. Cardiología (Supervisión Enfermería) |
| Derivación para seguimiento en AP de pacientes ingresados por SCA   | Proceso   | Nº pacientes ingresados por SCA en año previo en S. Cardiología, sin cita para cardiología<br>----- x 100<br>Nº de pacientes ingresados por SCA en año previo | >80%      | Bases CMIBD (todos los códigos relacionados con SCA)<br>Programa clínica                         | Anual        | S. Admisión (Codificación)   |

**INDICADORES DEL PROCESO (cont.)**

| INDICADOR  | TIPO      | FÓRMULA   | ESTANDAR   | FUENTE INFORMACIÓN  | PERIODICIDAD | RESPONSABLE  |
|--|-----------|---|--|---|--------------|--|
| Tratamiento médico óptimo en pacientes con SCA   | Resultado | Nº pacientes ingresados por SCA en año previo y seguidos en consulta de Cardiología que recibe antiagregantes, estatinas, IECA/ARA (sin contraindicación) y betabloqueantes sin contraindicación<br>----- x 100<br>Nº de pacientes ingresados por SCA en año previo | Antiagreg > 90%<br>Estatinas > 90%<br>IECA/ARA > 80%<br>Betabloq > 80% | Muestra aleatoria<br>50 pacientes entre los ingresados por SCA en año previo seguidos en consulta cardiología, bases CMBD y IANUS | Anual        | S. Admisión (Codificación) y S. Cardiología (Coordinador/a consultas)  |
| Cumplimiento de objetivos terapéuticos en pacientes con SCA                                    | Resultado | Nº pacientes con SCA derivados a AP para seguimiento con niveles de TA < 140/90, LDL < 100, IMC < 30<br>----- x 100<br>Nº pacientes con SCA derivados a AP para seguimiento   | TA < 140/90 > 90%<br>LDL < 100 > 90%<br>IMC < 30 > 80%                 | Muestra aleatoria<br>100 pacientes entre los ingresados por SCA en año previo derivados para seguimiento en AP                    | Anual        | S. Admisión (Codificación) y Atención primaria (Facultativos y personal de enfermería responsables de los pacientes) |
| Reevaluación por medio de cardiólogo consultor de pacientes con CI con seguimiento en primaria | Proceso   | Nº pacientes con CI seguidos en AP evaluados por cardiólogo consultor en último año<br>----- x 100<br>Nº pacientes con CI derivados para seguimiento en primaria en último año  | A determinar   | Programa clínica y registros cardiólogo consultor   | Anual        | S. Cardiología y S. Admisión   |
| Reingresos por SCA en pacientes con CI derivados para seguimiento en AP                        | Resultado | Nº pacientes con CI derivados para seguimiento en AP en último año ingresados por SCA en año siguiente<br>----- x 100<br>Nº pacientes con CI derivados para seguimiento en AP en último año   | A determinar   | Bases CMBD (todos los códigos relacionados con SCA)<br>Programa clínica   | Anual        | S. Admisión (Codificación)   |



6. PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA  
EN PACIENTES CORONARIOS  
EN EL AREA CV DEL CHUS



## 6- PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES CORONARIOS EN EL AREA CV DEL CHUS

---

### 1- INTRODUCCIÓN

La intervención educativa se ha de entender como un proceso continuo que se inicia, en la mayoría de los casos, durante el ingreso hospitalario y que se debe mantener durante todo el periodo de seguimiento, inicialmente en las consulta de Cardiología y finalmente en atención primaria,

La **enfermería implicada** será la de la Unidad Coronaria, la de la planta de hospitalización de Cardiología, la de las consultas de Cardiología y la enfermería de atención primaria. Es importante pues que el programa a aplicar sea común y consensuado, con la intención de mantener la continuidad en los mensajes, dirigidos en especial a fomentar hábitos saludables, la adherencia al tratamiento y el autocontrol.

El programa educativo está dirigido a los pacientes, a sus cuidadores y familiares.

### 2- OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA EDUCATIVO

- Ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel de funcionalidad e independencia para mejorar su calidad de vida, tanto en el aspecto físico como psicológico.

### 3- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO

- Reducir los síntomas cardiacos y las posibles complicaciones.
- Optimizar la terapia medicamentosa mediante una buena adherencia o cumplimentación terapéutica
- Fomentar la independencia por medio del autocontrol.
- Reducir el número de hospitalizaciones.
- Estabilizar o revertir la aterosclerosis
- Preparar al paciente para su regreso al trabajo, ayudándole a hacer frente a las necesidades físicas o psicológicas que tiene su ocupación.

#### 4. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO:

##### **Módulo I. El corazón como órgano vital:**

- ¿Como funciona?
- ¿Que me ha pasado?
- Pruebas diagnósticas

##### **Módulo II. Tratamiento farmacológico:**

- Adherencia
- Que hacer en caso de dolor
- Precauciones

##### **Módulo III: Viajes**

- Cuando reiniciar la conducción de vehículos
- Vacaciones/ocio
- Tratamiento y vacaciones

##### **Módulo IV: Actividad sexual**

- El sexo después del infarto
- La pareja también cuenta
- Precauciones y consejos básicos
- Papel de los medicamentos

##### **Módulo V: Actividad física/deportes:**

- Importancia de la actividad física en la disminución de los factores de riesgo
- Cómo y cuando empezar
- Tipo de actividades

#### 5- METODOLOGÍA

- Se impartirán clases de educación para la salud que ayuden al paciente a ajustar o modificar su estilo de vida y sus costumbres.
  - Sesiones de corta duración impartidas por el personal de la unidad pre-  
via el alta y dirigidas a los pacientes y familiares.

- Se realizará la educación grupal o individual, dependiendo de las características de cada paciente.
- Se hará entrega folletos con recomendaciones de enfermería (elaborados en la unidad) para reforzar las clases de educación para la salud.

## **6- CONTROL DE CALIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

---

Siguiendo los objetivos del Plan de Calidad del CHUS, recogido dentro del Plan Estratégico se propone realizar un control de calidad de esta intervención educativa en una doble vía, como calidad percibida en términos de satisfacción del paciente y un **control de calidad de la propia intervención**.

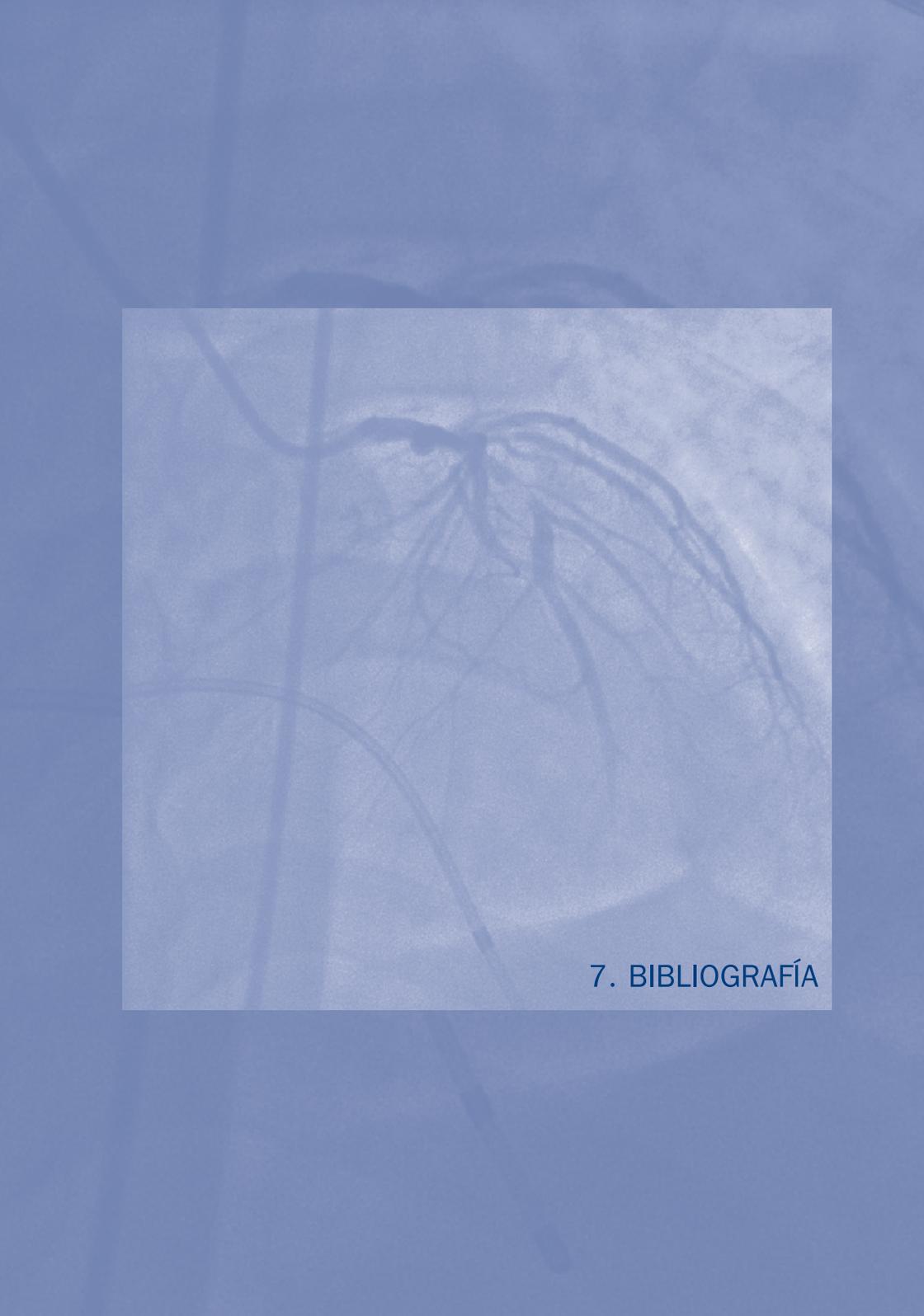
**Calidad percibida:** se evaluará mediante **encuestas de satisfacción** realizadas a muestras significativas de pacientes cada 6 meses.

**Calidad de la intervención:** para su evaluación se proponen:

**Porcentaje de pacientes (cuidadores y familiares) ingresados por SCA que acuden a las sesiones educativas.** Como método de medida se propone realizar un registro de sesiones en el que se recoja el número de asistentes, realizando una evaluación semestral del porcentaje de pacientes. Este porcentaje debe ser superior al 75%.

**Porcentaje de pacientes (cuidadores y familiares) atendidos en consultas de Cardiología, tras el alta hospitalaria que acuden a las sesiones educativas.** Como método de medida se propone realizar un registro de sesiones en el que se recoja el número de asistentes, realizando una evaluación semestral del porcentaje de pacientes.





## 7. BIBLIOGRAFÍA



## 7- BIBLIOGRAFÍA

---

- Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino R Sr, Ohman EM, Röther J et al. REACH Registry Investigators. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2007; 297: 1197-206
- Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:e1-e49.
- Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Grupo de Trabajo para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60: 968. e1-e94
- Guía sobre el manejo de la angina estable. Versión resumida. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el Manejo de la Angina Estable. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59: 919-70.







Xerencia  
Servizo Galego de Saúde 19

Proceso D