

15

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Versión 1. Abril 2009

15

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Versión 1. Abril 2009



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

ÍNDICE

1. Definición do proceso asistencial.
2. Proceso de elaboración da guía técnica.
3. Metodoloxía utilizada na guía técnica.
4. Obxectivos da guía.
5. Características de calidade do proceso.
6. Proceso xeral, fluxograma.
7. Guía de actuación clínica (definición dos subprocesos).
8. Sistema de avaliación e mellora do servizo.
9. Bibliografía.
10. Anexos:
 1. Anamnese para a avaliación do risco cardiovascular.
 2. Síntomas de cardiopatía isquémica.
 3. Estratificación do risco cardiovascular.
 4. Intervencións.
 5. Manexo prehospitalario da síndrome coronaria aguda.
 6. Manexo da anxina estable en Atención Primaria.
 7. Atención hospitalaria da dor torácica.
 8. Manexo da cardiopatía isquémica- anxina estable en Atención Especializada.



1.- DEFINICIÓN DO PROCESO ASISTENCIAL

- Proceso asistencial:

Avaliación de risco, promoción de condutas saudables, identificación e intervención sobre factores de risco, diagnóstico e tratamento de cardiopatía isquémica.

- Alcance:

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

- Usuarios:

Muller que acode a consulta por calquera motivo e muller con sintomatoloxía de cardiopatía isquémica.

- Propietario do proceso:

División de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

2.- PROCESO DE ELABORACIÓN DA GUÍA TÉCNICA

2.1 Participación social

Esta guía técnica forma parte do proxecto de mellora da atención aos trastornos cardiovasculares do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Os requirimentos foron identificados nunha mesa de traballo na que participaron representantes do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Casa de Acolida da Muller da Coruña, Casa da Muller do Concello de Lugo, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Complexo Hospitalario da Coruña, Asociación Alecrín, Centro Municipal Asociativo de Enfermos Crónicos “Domingo García Sabell” e especialistas en endocrinoloxía, psiquiatría, xinecoloxía, reumatoloxía, psicoloxía, cardioloxía, alergoloxía e varios xestores do sistema sanitario. Posteriormente o proxecto foille asignado a un experto no tema que definiu as tarefas necesarias para acadar os obxectivos definidos no Plan. Estas tarefas e obxectivos foron aprobados no Comité do Plan formado pola conselleira de Sanidade, os dous secretarios xerais, o director xeral de Asistencia Sanitaria e o de Recursos Humanos, a asesora técnica e tres expertos na materia. A primeira tarefa identificada dentro do proxecto foi a elaboración dunha guía de actuación clínica dirixida aos profesionais sanitarios para a atención aos trastornos cardiovasculares.

2.2 Participación dos/as profesionais

Para a elaboración desta guía, e despois de definirse o fluxograma de procesos, creouse un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos no tema que, seguindo a metodoloxía descrita a continuación, definiron e identificaron os criterios e as accións sanitarias que facilitan as tomas de decisión dos profesionais sanitarios que atenden a estas mulleres.

O grupo de traballo tivo que identificar os subprocesos que forman parte do proceso global de atención á muller cun problema de cardiopatía isquémica. Para cada subproceso detallaron as actuacións sanitarias (anamnese, probas complementarias, exploración, coidados, ...) que se incluían nel. Igualmente para cada unha destas actuacións sanitarias, os compoñentes do grupo, tiveron que definir os seus requisitos ou características técnicas (por exemplo na anamnese qué preguntas se teñen que facer). Tamén tiveron que definir a información que se lle debe dar á usuaria no subproceso. Para a realización deste traballo contouse coa información proporcionada pola Fundación Fisterrae e Avalia-t para consultas específicas.

Con toda esta información elaborouse un documento que lles foi de novo enviado aos membros do grupo de traballo para a súa revisión.

2.3 Decisión da organización

O documento presentouse á División Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde para a súa revisión e aprobación. Tamén se lles enviou á Fundación Fisterrae para que realizasen unha revisión externa das actuacións incluídas na guía e ao grupo de coordinación do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. O documento final foi presentado ao Comité Técnico do Plan para a súa aprobación final e inicio da súa implantación nas áreas piloto definidas no propio Plan.

3.- METODOLOXÍA UTILIZADA NA GUÍA TÉCNICA

A presente guía técnica non é unha guía de práctica clínica aínda que estas foron a base para a súa elaboración e inclúense na bibliografía. Esta guía quere servir de axuda á toma de decisións dos profesionais que atenden un determinado proceso asistencial, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Sistema Sanitario Público de Galicia.

A unidade básica dentro da guía son os chamados “subprocesos” e estes teñen definidos un determinado obxectivo, cando e a quen debe aplicalo e as actuacións sanitarias incluídas nel. Tamén están incluídas nesta guía algunhas características de calidade en canto á cualificación ou titulación do profesional e as instalacións e os materiais necesarios. Esta guía acompañarase de información específica da área sanitaria, na que o profesional desenvolve o seu traballo especificando os fluxos de derivación e a forma de acceso aos especialistas consultores.

En cada subproceso asistencial veñen identificadas as actuacións sanitarias que hai que realizar, como poden ser unha anamnese, a solicitude de probas ou a prescrición farmacéutica. De cada unha destas actuacións sanitarias definíronse os criterios ou as características destas a modo de guía de práctica clínica.

O sistema de codificación utilizado para os subprocesos é un código composto polo número de orde de publicación da guía máis un número consecutivo dentro do propio proceso.

Ademais con esta sistemática identificáronse as necesidades materiais e de formación que os xerentes das áreas sanitarias deberán dispoñer para aplicar un determinado proceso asistencial.

4.- OBXECTIVOS DA GUÍA

Os obxectivos que espera acadar esta guía unha vez implantada son:

- Diminuír o risco cardiovascular e a mortalidade por cardiopatía isquémica.
- Mellorar a calidade de vida das mulleres afectadas por cardiopatía isquémica.
- Imprimir unha visión de xénero específica na abordaxe desta patoloxía co obxectivo de diminuír o sesgo de xénero actualmente existente no infradiagnóstico e infratratamento da cardiopatía isquémica nas mulleres.
- Diminuír a variabilidade na prestación do servizo e mellorar a súa execución.
- Definir de forma clara e precisa as vías de acceso a este servizo.
- Aumentar o grao de satisfacción e de información das mulleres respecto ao trato recibido e potenciar a súa participación na toma de decisións.

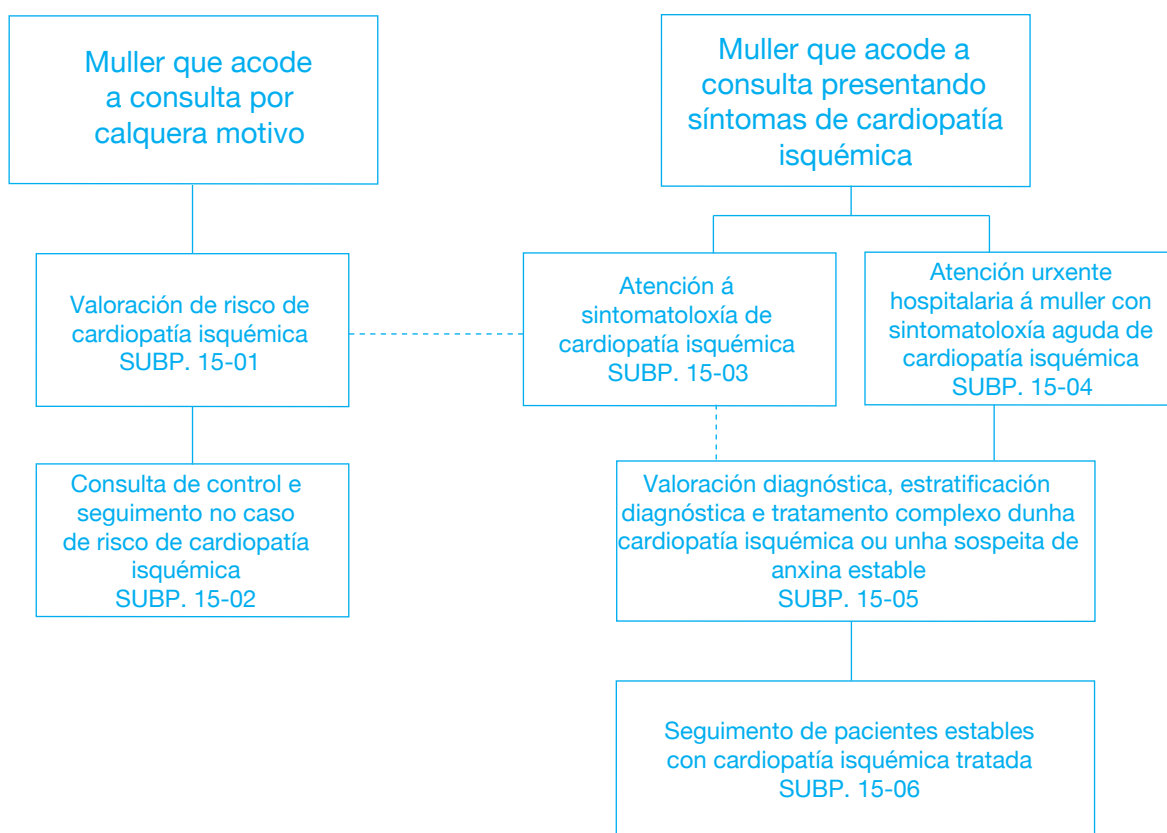
5.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO

Os seguintes apartados definen as características de calidade do proceso:

- Instalacións:
 - Para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta estándar que garanta a privacidade da usuaria.
- Recursos materiais:
 - Comúns:
 - Material divulgativo educativo sobre a enfermidade.
 - Dotacións estándares de consultas de atencións primaria ou especializada.
 - Para aplicar os subprocesos 15-04 e 15-05 dotacións específicas de acordo co indicado nas guías.
- Profesionais:
 - Para aplicar os subprocesos 15-01, 15-02, 15-03 e 15-06 médico de familia en colaboración con persoal de enfermería.
 - Para aplicar os subprocesos 15-04 e 15-05 especialista en atención a cardiopatía isquémica.
- Organizativas:
 - O tempo desexable para que o segundo nivel asistencial realice a consulta ante unha sospeita de anxina estable debe ser de menos de 1 mes.

6.- PROCESO XERAL

Fluxograma: Atención urxente SUBP. 15-04.



Subprocesos:

- 15-01- Valoración de risco de cardiopatía isquémica.
- 15-02- Consulta de control e seguimento no caso de risco de cardiopatía isquémica.
- 15-03- Atención á sintomatoloxía de cardiopatía isquémica.
- 15-04- Atención urxente hospitalaria á muller con sintomatoloxía aguda de cardiopatía isquémica.
- 15-05- Valoración diagnóstica, estratificación diagnóstica e tratamento complexo dunha cardiopatía isquémica ou unha sospeita de anxina estable.
- 15-06- Seguimento de pacientes estables con cardiopatía isquémica tratada.

7.- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA - DESCRICIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS

SUBPROCESO 15-01: VALORACIÓN DE RISCO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Obxectivo do subproceso:

Identificar mulleres con risco.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Calquera muller que acode a consulta sen patoloxía cardiovascular coñecida e non ten feito con anterioridade a valoración de risco de cardiopatía isquémica.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar anamnese (ou revisión da historia clínica):

- Historia persoal e familiar de enfermidade cardiovascular.
- Estilo de vida (ver anexo 1a).
- Consumo de fármacos.
- Rexistrar se é usuaria de anticonceptivos ou terapia hormonal.
- Factores de risco cardiovasculares (ver anexo 1b).
- Síntomas de cardiopatía isquémica (ver anexo 2) ou outra enfermidade cardiovascular.

- Tomar as seguintes medicións:

- Presión arterial (PA).
- Índice de Masa corporal (IMC).
- Perímetro de cintura (PC).

- Realizar a exploración física se procede (ten factores de risco cardiovasculares ou síntomas de enfermidade cardiovascular):

- Pescozo: pulsos e sopros carotídeos. Palpación da tiroide.
- Exame cardíaco: ritmo, frecuencia, sopros.
- Auscultación pulmonar.
- Palpación e auscultación abdominal.
- Exploración de edemas e pulsos periféricos.

- Solicitar probas complementarias (se procede) (ten factores de risco ou sospeita de enfermidade cardiovascular):

- Análise de sangue:
 - Hemograma.
 - Perfil lipídico (CT,HDL,LDL,TG).
 - Glicemia.
 - Creatinina, urea, aclaramento de creatinina.
 - Acido úrico.
 - Ionograma.

- Hb glicosilada (en diabéticas).
- TSH (en caso de hipercolesterolemia ou síntomas suxestivos de hipotiroidismo).
- Análise de urina:
 - Sistemático.
 - Microalbuminuria (en diabéticas).
- EKG se está indicado: sospeita de enfermidade cardíaca, mulleres hipertensas, hipertensas, diabéticas ou con risco cardiovascular elevado.
- Rx tórax en caso de sospeita de insuficiencia cardíaca, patoloxía pleuropulmonar asociada ou cardiopatía estrutural.

- Realizar a valoración do risco cardiovascular a todas as mulleres con algún factor de risco cardiovascular -Táboas score e estratificación do risco (non é necesario calcular o risco se padeceron unha enfermidade cardiovascular, son diabéticas tipo 2 ou tipo 1 con microalbuminuria ou teñen un ou máis factores de risco moi elevados). (ver anexo 3)

- Valorar a derivación por sospeita ou alta probabilidade de enfermidade coronaria para confirmación diagnóstica.

- Intervir sobre estilos de vida (ver anexo 4a): en todas as mulleres independentemente do risco.

- Evitar recomendacións que demostraron non ser efectivas en prevención de enfermidade cardiovascular ou infarto de miocardio (ver anexo 4b).

- En mulleres con risco cardiovascular alto e moderado recomendacións preventivas / terapéuticas que precisen para controlar os factores de risco:

- En caso de ser fumadoras: preguntar sobre o consumo, valorar fase de abandono, aconsellar, asistir e establecer un plan terapéutico.
- En caso de HTA. (ver anexo 4c-1)
- En caso de dislipemia. (ver anexo 4c-2)
- En caso de diabetes. (ver anexo 4c-3)

- Prescribir fármacos nos seguintes casos:

- Aspirina en mulleres con enfermidade cardiovascular establecida e en mulleres con score > 10% (se non hai contraindicación e a presión arterial está controlada).
- IECA (ou ARA II) en pacientes con disfunción ventricular esquerda, insuficiencia cardíaca e diabéticas con hipertensión ou nefropatía.
- Anticoagulantes en pacientes con risco aumentado de episodios tromboembólicos, especialmente fibrilación auricular.

- Rexistrar en historia clínica.

- Informar a usuaria do resultado das probas, a avaliación de risco e os estilos de vida que ten que levar e as intervencións preventivas e terapéuticas que precisa para controlar os factores de risco.

- Xestionar unha consulta de control en función do risco e das recomendacións preventivas / terapéuticas instauradas, en xeral aos 6 meses se non se indicou tratamento farmacolóxico e aos 3 meses en caso de indicar tratamento farmacolóxico. Realizar unha nova reavaliación de risco de cardiopatía isquémica aos 5 anos se non ten risco (antes se aparece algún factor de risco).

SUBPROCESO 15-02: CONSULTA DE CONTROL E SEGUIMIENTO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar a reavaliación de risco e obxectivos acadados.

15-02

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller con risco valorado e en seguimento.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar anamnese:

- Avaliar factores de risco

- Realizar exploración física.

- Solicitar probas complementarias se hai tratamento farmacolóxico e segundo tratamento utilizado.

- Realizar unha valoración dos obxectivos:

- Manter o risco baixo en mulleres que xa o teñen reducido.
- Conseguir o perfil de muller sa:
 - Estilo de vida:
 - Non fumar.
 - Alimentación saudable.
 - Actividade física regular.
 - Índice de Masa corporal < 25 e perímetro de cintura < 88 cm.
 - Presión arterial < 140 / 90 mm. / Hg.
 - Glicosa < 110 mg / dl.
 - CT < 200 mg / dl.
 - cLDL < 130 mg / dl.
- En mulleres de risco cardiovascular elevado (sobre todo se enfermidade cardiovascular establecida ou diabéticas) os obxectivos serán:
 - Presión arterial < 130 / 80 mm. /Hg.
 - CT < 175 mg / dl.
 - cLDL < 100 mg / dl.
 - Glicosa < 110 mg / dl e Hb Glic < 7%.

- Realizar unha nova reavaliación de risco.

- Valorar actitude terapéutica ante a nova reavaliación de risco. Táboas score (se non ten enfermidade cardiovascular establecida ou é diabética ou factor de risco moi elevado). (ver anexo 3)

- Xestionar novos controis de seguimento segundo niveis de risco:

- Consulta de enfermería cada 6 meses (en caso de alto risco cada 3 meses).
- Consulta médica anual (en caso de alto risco ou obxectivos non acadados cada 3-6 meses).

SUBPROCESO 15-03: ATENCIÓN Á MULLER CON SINTOMATOLOXÍA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Obxectivos do subproceso:

Diagnosticar e tratar a mulleres con sintomatoloxía cardiopatía isquémica.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller que acode á consulta con clínica suxerente ou sospeitosa de cardiopatía isquémica (dor torácica, epigástrica, interescapular, mandibular, en pulsos, dispnea, fatiga non usual).

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar unha rápida avaliación diagnóstica mediante anamnese e ECG para definir se require asistencia médica e derivación hospitalaria inmediata ou derivación programada a consulta especializada ou non precisa derivación.

- Anamnese (ou revisión historia clínica):

- Historia persoal e familiar de enfermidade cardiovascular.
- Estilo de vida (ver anexo 1a).
- Factores de risco cardiovasculares (ver anexo 1b).
- Síntomas de cardiopatía isquémica (ver anexo 2b).
- Formas de presentación (ver anexo 2a):
 - SCA (síndrome coronaria aguda): infarto agudo de miocardio, anxina inestable.
 - Anxina estable.

- Establecer a probabilidade de padecer enfermidade coronaria:

- Alta: síntomas típicos e factores de risco cardiovasculares.
- Intermedia:
 - Síntomas típicos sen factores de risco cardiovasculares.
 - Síntomas atípicos con factores de risco cardiovasculares.
- Baixa: síntomas atípicos sen factores de risco cardiovasculares.

É importante para o clínico coñecer que na cardiopatía isquémica, tanto na anxina coma o infarto agudo de miocardio, a sintomatoloxía nas mulleres pode ser diferente, menos da metade presenta dor torácica típica, en cambio a sensación de fatiga ou equivalente anxinoso (epigastralxia, dor interescapular ou mandibular, suor profusa, cansazo ou palpitacións aparece ata nun 60% dos casos).

É máis frecuente o infarto agudo de miocardio silente así como a s. coronaria aguda sen elevación de ST, os infartos non transmuraís, os reinfartos precoces e a anxina postinfarto. O infarto agudo de miocardio adoita ser máis grave e cunha mortalidade máis elevada.

Os estudos poñen en evidencia sesgos de xénero en manexo destes casos de probabilidade intermedia e baixa, o que conduce en ocasións a diagnósticos errados (orixe musculoesquelética, dixestiva, somatización, ansiedade...).

- Realizar a exploración física (valorar estabilidade hemodinámica da paciente):

- Presión arterial.
- Pescozo: pulsos e sopros carotídeos.
- Exame cardíaco: ritmo, frecuencia, sopros.

- Auscultación pulmonar
- Palpación e auscultación abdominal
- Exploración de edemas e pulsos periféricos

- Solicitar ECG urxente.

- Realizar a valoración diagnóstica:

- Síndrome coronaria aguda ou sospeita: derivación urxente a través do 061. (ver anexo 5)
- Sospeita de anxina estable: derivación preferente a consulta de cardioloxía.
- Sen cardiopatía isquémica.

- Solicitar probas complementarias (se non é derivada a hospital, sospeita de anxina estable):

- Análise de sangue (se procede):
 - Hemograma.
 - Perfil lipídico (CT,HDL,LDL,TG).
 - Glicemia.
 - Urea, creatinina, aclaramento de creatinina.
 - Ácido úrico.
 - Ionograma.
 - Hb glicosilada (en diabéticas).
 - TSH (se procede).
- Análise de urina:
 - Sistemático.
 - Microalbuminuria (en diabéticas).
- Rx tórax: HTA, sospeita IC, patoloxía pleuropulmonar asociada...).

- En caso de sospeita de anxina estable (ver anexo 6):

- Estudo xeral de factores de risco cardiovasculares (se non consta).
- Modificación estilo de vida e control de factores de risco cardiovasculares.
- Valorar inicio de tratamento farmacolóxico:
 - Antiagregante (AAS...)
 - Betabloqueantes (carvedilol...)
 - Nitratos sublingual para a crise de anxina.
- Educación sobre a identificación dos síntomas dunha síndrome coronaria aguda e comunicación co 061.
- Derivar de forma preferente a cardioloxía (debe ser vista en menos dun mes).

- En caso de non ter patoloxía:

- Realizar valoración do risco cardiovascular.-Táboas score (se non ten enfermidade cardiovascular establecida ou é diabética tipo 2 ou tipo 1 con microalbuminuria ou factor de risco moi elevado). (ver anexo 3)
- Intervir sobre estilos de vida. (ver anexo 4a)
- Valorar intervención sobre factores de risco (ver anexo 4c):
 - En caso de fumadora: preguntar sobre o consumo, valorar fase de abandono, aconsellar, asistir e establecer un plan terapéutico.
 - En caso de hipertensión. (ver anexo 4c-1)

- En caso de dislipemia. (ver anexo 4c-2)
- En caso de diabetes Mellitus tipo 2. (ver anexo 4c-3)
- Fármacos se están indicados:
 - AAS.
 - Bloqueantes cando estean indicados.
 - IECA (ou ARA II) cando estea indicado.
 - Tratamento de factores de risco cardiovasculares (tabaco, colesterol, diabetes, HTA) cando estea indicado.
- Xestionar unha consulta de control aos 6 meses se non se indicou tratamento farmacolóxico e aos 3 meses en caso de indicar tratamento farmacolóxico. Realizar unha nova reavaliación de risco de cardiopatía isquémica aos 5 anos se non ten risco (antes se desenvolve factores de risco).

- Rexistrar en historia clínica.

- Informar a usuaria do resultado das probas, a avaliación de risco e os estilos de vida que ten que levar e intervencións preventivas/ terapéuticas para diminuír o risco.

SUBPROCESO 15-04: ATENCIÓN URXENTE HOSPITALARIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA.

Obxectivos do subproceso:

Conseguir a supervivencia do paciente cunha boa calidade de vida.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller que acode a urxencias ou é enviada por outro profesional con sintomatoloxía aguda de cardiopatía isquémica.

15-04

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar un ECG antes de 10 minutos a toda paciente que acuda a urxencias por dor torácica.
- Realizar anamnese.
- Realizar exploración física.
- Realizar tratamento:
 - Estabilización da paciente.
 - Aliviar a dor.
- Realizar estratificación cos achados electrocardiográficos que dirixirá os seguintes procedementos diagnósticos e terapéuticos.
- Realizar manexo hospitalario da dor torácica: (ver anexo 7)
 - Manexo da dor torácica aguda en urxencias hospitalarias. (ver anexo 7a)
 - Síndrome coronaria aguda, decisión inicial. (ver anexo 7b)
 - Estratexia de reperfusión inicial en infarto agudo de miocardio con elevación de ST. (ver anexo 7c)
 - Tratamento da síndrome coronaria aguda sen elevación de ST / anxina inestable. (ver anexo 7d)
- Rexistrar na historia clínica.
- Informar a usuaria.

SUBPROCESO 15-05: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA, ESTRATIFICACIÓN DIAGNÓSTICA E TRATAMIENTO COMPLEXO. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA-SOSPEITA ANXINA ESTABLE.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico e tratamento complexo dunha cardiopatía isquémica e/ou unha sospeita de anxina estable co fin de conseguir a mellor calidade de vida posible.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller diagnosticada de cardiopatía isquémica ou con sospeita de anxina estable.

15-05

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar anamnese (ou revisión historia clínica).

- Realizar ECG.

- Valorar a realización das seguintes intervencións dependendo da situación e características da paciente. Ter en conta a probabilidade pretest de cardiopatía isquémica: (ver anexo 8a e 8b)

- Proba de esforzo convencional (ver anexo 8c).
- Test de isquemia especial
- Test de imaxe:
 - ECO de esforzo.
 - ECO farmacolóxico.
- Estudo isotópico: cardioloxía nuclear.
- RMN cardíaca.
- AnxioTAC.
- Cateterismo, coronariografía.
- Intervencionismo e cirurxía cardíaca.

- Valorar tratamentos segundo resultados das probas.

- Realizar unha estratificación do risco segundo situación clínica, función ventricular, severidade da isquemia, anatomía coronaria e posibilidades de revascularización. Considerando comorbilidades como diabetes, insuficiencia renal...

- Valorar derivación a atención primaria de todos os casos excepto:

- Necesidade de continuar valoración con probas de detección de isquemia.
- Pacientes revascularizados con isquemia residual. Existe controversia sobre a necesidade de seguimento a medio-longo prazo en portadores de Stents farmacolóxicos.

- Rexistrar en historia clínica.

- Informe de alta para o/a médico/a de atención primaria onde conste o resultado das probas realizadas, medidas terapéuticas, copia último ECG e se precisa revisión.

- Informar a usuaria do resultado das probas, a avaliación de risco e os estilos de vida que ten que levar e da actitude terapéutica.

SUBPROCESO 15-06: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ESTABLES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRATADA.

Obxectivos do subproceso:

Realizar un seguimento que permita a rápida identificación de cambios na estabilidade da situación e o seu tratamento.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller tratada de cardiopatía isquémica e en situación de estabilidade.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar anamnese (ou revisión historia clínica).
 - Revisión da ausencia de sintomatoloxía.
 - Revisión da situación dos factores de risco: obxectivos de prevención secundaria.
- Realizar exploración física.
- Valorar a realización dun ECG.
- Valorar derivación a especialista no caso de:
 - Cambios clínicos ou ECG significativos
 - Cambios na clase funcional
 - Insuficiencia cardíaca de nova aparición ou descompensación dunha previa
 - Arritmias significativas
 - Efectos adversos significativos dos fármacos e non controlados en Atención Primaria.
- Reavaliar o seu Risco de Cardiopatía Isquémica.
- Revisar o tratamento farmacolóxico.
- Revisar cumprimento terapéutico.
- Rexistro en historia clínica.
- Xestión de nova consulta segundo situación da paciente.

15-06

8.- SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA DO PROCESO ASISTENCIAL

O/a responsable do Proceso na comunidade autónoma deberá presentar anualmente un informe cos seguintes indicadores e unha proposta de melloras.

- Indicadores de resultados:
 - Mortalidade evitable por cardiopatía isquémica.
 - Calidade de vida das pacientes con cardiopatía isquémica tratada.
 - Taxa de reingresos por eventos coronarios.
- Indicadores de accesibilidade:
 - Tempo entre aviso de síntomas de cardiopatía isquémica e 1ª asistencia con posibilidade de acceso a desfibrilador en menos de 8 minutos.
 - Tempo entre 1ª asistencia e chegada ao hospital.
 - Tempo entre ECG patolóxico e valoración cardiolóxica.
 - Tempo de valoración por especializada de muller con sospeita de anxina en menos de 1 mes.
- Indicadores de calidade:
 - % de mulleres sen enfermidade cardiovascular coñecida identificadas en Atención Primaria con algún factor de risco cardiovascular.
 - % de mulleres anteriores que teñen calculado o risco cardiovascular mediante as táboas score.
 - % de mulleres que cumpren os obxectivos recomendados segundo o nivel de risco que presentan.
 - Tempo entre chegada ao hospital e realización de ECG en menos de 10 minutos.
 - Tempo ata reperfusión en casos de elevación de ST.
- Indicadores de produción / rendemento:
 - Número de mulleres ás que se realizou valoración de risco cardiovascular.
 - Número porcentual de mulleres/homes derivados a estudo por especialista do 2º nivel asistencial con clínica de do torácica aguda.

Deseñaranse medicións do grao de satisfacción da atención prestada (calidade asistencial, información recibida, apoio emocional etc.).

9.- BIBLIOGRAFÍA

- Council on Clinical Cardiology, and the Cardiovascular Imaging and Intervention Committee, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, American Heart Association. *Circulation*. 2005;111:682-96.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R et al.. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:82.e1-49.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007; 28: 2375-2414.
- Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. *Rev. Esp. Cardiol*. 2006; 59: 371-81.
- Lobos JM^a, Royo-Bordonada MA, Brotons C et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Adaptación Española. *Rev. Esp. Salud Pública* 2008; 82:581-616.
- Mancia G, De Baker G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2007; 25:1105-87.
- Mancia G, De Baker G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G et al. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. *Rev. Esp. Cardiol*. 2007; 60: 968.e1-4.
- Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estévez A, Ortiz J, Gallego L, Fernández-Avilés F. Dolor torácico en Urgencias: incidencia, características clínicas y estratificación de riesgo. *Rev. Esp. Cardiol*. 2008; 61:953-9.
- McSweeney JC, Cody M, O'Sullivan P, Elbersson K, Moser DK, Garvin BJ. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*. 2003; 25; 108: 2619-23.
- Mieres JH, Shaw LJ, Arai A, Budoff MJ, Flamm SD, Hundley WG, et al; Cardiac Imaging Committee, Council on Clinical Cardiology, and the Cardiovascular Imaging and Intervention Committee, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, American Heart Association. Role of noninvasive testing in the clinical evaluation of women with suspected coronary artery disease: consensus statement from the Cardiac Imaging Committee *Circulation*. 2005 Feb 8;111(5):682-96.
- Morise AP, Olson MB, Merz CN, Mankad S, Rogers WJ, Pepine CJ, Reis SE, Sharaf BL, Sopko G, Smith K, Pohost GM, Shaw L. Validation of the accuracy of pretest and exercise test scores in women with a low prevalence of coronary disease: the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *Am Heart J*. 2004; 147:1085-92.
- Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, for the Expert Panel/Writing Group. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update. *Circulation* 2007;115:1481-1501.
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, Zinman B. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy: Update regarding thiazolidinediones: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2008 Jan; 31(1):173-5.

- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, Zinman B. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32:193–203.
- Rapezzi C, Biagini E, Branzi A. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: the task force for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2008;29: 277-8.
- Ryden L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer MJ et al. Guías de práctica clínica sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares. *Rev. Esp. Cardiol.* 2007; 60: 525.e1 - 525.e64.
- Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev. Esp. Cardiol.* 2007;60:476-85.
- Shaw LJ, Olson MB, Kip K, Kelsey SF, Johnson BD, Mark DB, Reis SE, Mankad S, Rogers WJ, Pohost GM, Arant CB, Wessel TR, Chaitman BR, Sopko G, Handberg E, Pepine CJ, Bairey Merz CN. The value of estimated functional capacity in estimating outcome: results from the NHBLI-Sponsored Women’s Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47:S36-43.
- Secretaría General de Sanidad – Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.
- The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *Eur Heart J.* 2007; 28:88-136.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2008;29:2909-45.

10.- ANEXO 1: ANAMNESE PARA A AVALIACIÓN DO RISCO CARDIOVASCULAR.

Se realizará anamnesis sobre:

- 1a. Estilo de vida:

- Actividade laboral.
- Actividade física.
- Alimentación / nutrición.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, outras drogas.
- Factores psicosociais: estrés familiar, estrés laboral, emocións negativas (angustia, depresión).

- 1.b. Factores de risco cardiovascular (FRCV):

- Maiores e independentes: (relacionados de forma independente e inequívoca coa enfermidade coronaria)
 - Tabaco*.
 - Hipertensión arterial.
 - Dislipemia (colesterol total ou cLDL elevados ou cHDL baixo**).
 - Diabetes Mellitus.
 - Idade: > de 55 anos.
- Predispoñentes: (a súa asociación coa cardiopatía isquémica é complexa, actúan intensificando os factores de risco maiores)
 - Obesidade central.
 - Inactividade física.
 - Historia familiar de enfermidade cardiovascular precoz en familiares de primeiro grao (homes < 55 anos, mulleres < 65 anos).
 - Características étnicas.
 - Factores psicosociais: nivel socioeconómico baixo, nivel educativo baixo, illamento social, falta de axuda e soporte social, estrés laboral, familiar ou social, emocións negativas (depresión, ansiedade, hostilidade).
- Condicionantes: (están asociados a un incremento do risco coronario pero a súa relación causal permanece sen aclarar)
 - Hipertrigliceridemia**.
 - Partículas LDL pequenas e densas.
 - Hiperhomocisteinemia.
 - Lipoproteína (a) elevada.
 - Factores protrombóticos (fibrinóxeno elevado).
 - Marcadores inflamatorios (proteína C elevada).

* O consumo de tabaco asociado a anticonceptivos aumenta o risco de eventos cardiovasculares.

**cHDL baixo e triglicéridos elevados están asociados a un meirande risco na muller.

- Tabaco:

- Rexistro cada dous anos a partir dos 12 anos.
- Diagnóstico de fumadora: grao de tabaquismo, fase de abandono na que se encontra, grao de adicción física á nicotina.

- Hipertensión arterial:

- Considérase hipertensa se está recibindo tratamento antihipertensivo, independentemente das cifras de presión arterial.
- Realizaranse tomas de presión arterial aproveitando as visitas ocasionais cada 5 anos en mulleres entre os 14 e 40 anos e cada dous anos en maiores de 40 anos.
- Se cifras de presión arterial $\geq 140 / 90$ mmHg procederase a confirmación diagnóstica.

- Dislipemia:

- Considéranse dislipémicas se están con tratamento hipolipemiante, independentemente das cifras de lípidos plasmáticos.
- Determinarase o colesterol total unha vez antes dos 45 anos e despois dos 75 anos se non se realizou con anterioridade e cada 5 anos dende os 45 aos 75 anos aproveitando visitas ocasionais.
- Se o CT ≥ 240 mg/ dl ou ten outros factores de risco cardiovasculares realizarase perfil lipídico completo.
- Unhas cifras de CT ≥ 240 mmHg, cHDL ≤ 40 mg/dl ou triglicéridos > 200 mg/dl, deben confirmarse.
- Ante a sospeita de dislipemia familiar ateroxénica a paciente debe ser remitida a unha unidade especializada para confirmar o diagnóstico.

- Obesidade / obesidade abdominal:

- Calcularase o índice de masa corporal e perímetro de cintura unha vez antes dos 20 anos ou na primeira visita e logo cada 4 anos aproveitando as visitas ocasionais. Considérase obesa se índice de masa corporal ≥ 30 Kg/m² e obesidade abdominal se perímetro de cintura > 88 cm.

- Diabetes:

- Considéranse diabéticas se están tomando fármacos para a diabetes, independentemente das cifras de glicemia capilar.
- Débese determinar a glicemia en plasma venoso ante a sospeita diagnóstica de diabetes, anualmente en mulleres con algún factor de risco de diabetes e cada 3 anos en maiores de 45 anos aproveitando as visitas ocasionais.
- Se glicemia basal ≥ 126 mg/dl, glicemia ≥ 200 mg/dl tras SOG ou glicemia ao azar ≥ 200 mg/dl e presenza de síndrome hiperglucémica procederase a confirmación diagnóstica.

10.- ANEXO 2: SÍNTOMAS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

- 2a. Formas de presentación da cardiopatía isquémica:

- SCA (síndrome coronaria aguda):
 - IAM (infarto agudo de miocardio).
 - Anxina inestable (anxina de recente comezo, anxina progresiva, anxina prolongada, anxina de repouso, anxina postinfarto, anxina de Prinzmetal)
- Anxina estable.

- 2b. Características da dor torácica de orixe coronaria:

- Localización: retroesternal, precordial, epigastrio.
- Tipo: opresión, peso, constricción.
- Irradiación: brazo esquerdo, brazos, pescozo, lombo, mandíbula.
- Síntomas asociados:
 - Suor, náuseas, vómitos, sensación de morte.
- Cronoloxía: matutina, postprandial.
- Desencadeantes: esforzo físico, emocións.
- Anxina estable: aparece con esforzo de umbral fixo, cede con repouso ou nitroglicerina sublingual, dura 2-20 minutos.
- Síndrome coronaria aguda: aparece en repouso ou umbral de esforzo progresivamente menor, non cede con repouso ou nitroglicerina e dura > 20 minutos.

- Consideracións especiais:

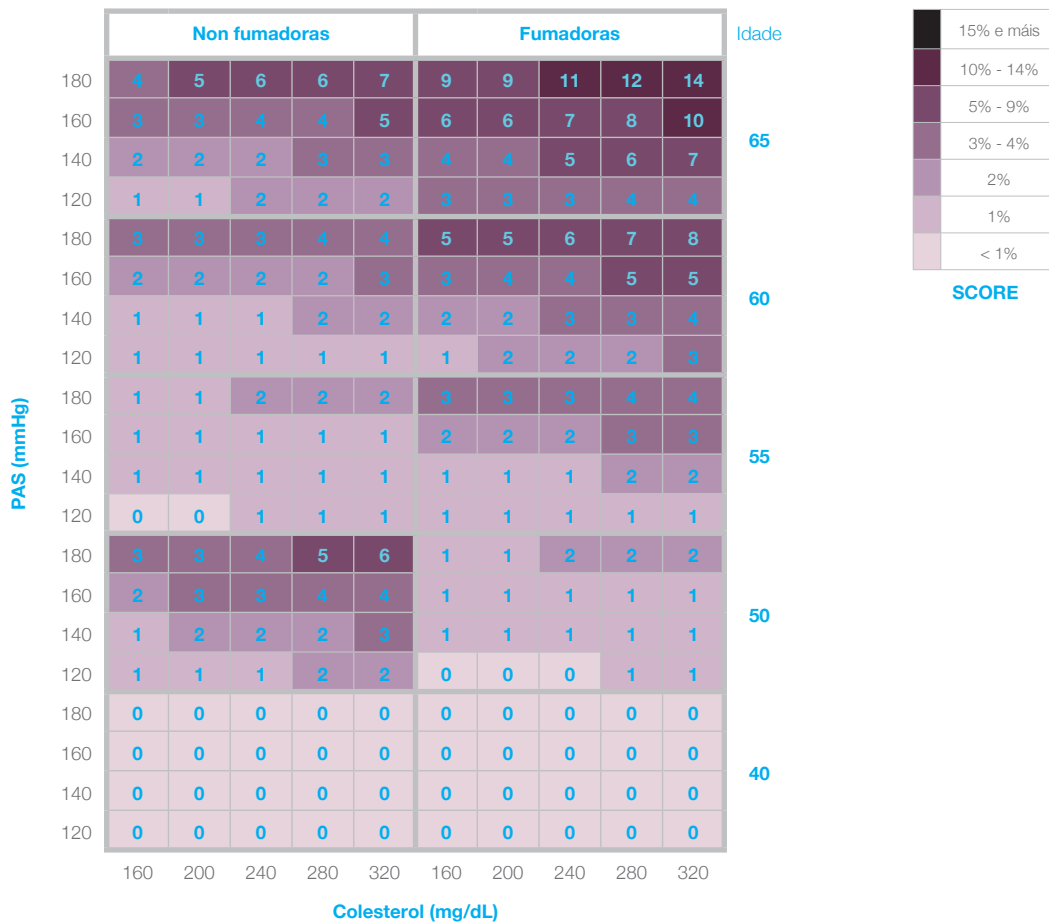
- É importante para o clínico coñecer que na cardiopatía isquémica, tanto na anxina coma o infarto agudo de miocardio, a sintomatoloxía nas mulleres pode ser diferente, menos da metade presenta dor torácica típica, en cambio a sensación de fatiga ou equivalente anxinoso (epigastralxia, dor interescapular ou mandibular, suor profusa, cansazo ou palpitacións aparece ata nun 60% dos casos).
- É máis frecuente o infarto agudo de miocardio silente así como a s. coronaria aguda sen elevación de ST, os infartos non transmuraís, os reinfartos precoces e a anxina postinfarto. O infarto agudo de miocardio adoita ser máis grave e cunha mortalidade máis elevada.

10.- ANEXO 3: ESTRATIFICACIÓN DO RISCO CARDIOVASCULAR.

- Realizarase cálculo do risco cardiovascular mediante as táboas score* (Figura 1) para países de baixo risco excepto nos seguintes casos que xa son consideradas de alto risco:
 - Mulleres diabéticas tipo 2 ou tipo 1 con microalbuminuria.
 - Mulleres con antecedentes de enfermidade cardiovascular.
 - Valores moi elevados dun ou máis factores de risco. (CT > 320 mg / dl, LDL > 240 mg / dl, presión arterial > 180 / 110 mmHg).
- Teranse en conta os modificadores do risco (a súa presenza indica un risco meirande ao obtido na táboa). (Figura 2)
- En persoas novas teranse en conta as táboas de risco relativo. (Figura 3). En maiores de 65 anos aplicarase o risco correspondente a 65.

TÁBOA DE RISCO SCORE PARA MULLERES

(Risco de enfermidade cardiovascular fatal a 10 anos. Poboacións de baixo risco de enfermidade cardiovascular)



Risco de EVC

- Baixo < 1%
- Moderado 1-4%
- Aumentado 5-9%
- Moi aumentado ≥ 10%

MODIFICADORES DO RISCO

(Risco meirande ao indicado na táboa)

- Proximidade ao seguinte grupo de idade.
- Arteriosclerose preclínica.
- Historia familiar de enfermidade cardiovascular prematura.
- Hipertrigliceridemia. cHDL baixo.
- Nivel socioeconómico baixo.
- Diabéticas (5 veces maior que non diabéticas).
- Sedentarismo.
- Obesidade (especialmente a obesidade abdominal).

TÁBOAS DE RISCO RELATIVO

Esta táboa pode ser utilizada para mostrarlles ás persoas novas co risco total baixo, que en relación con outras no seu grupo de idade poden estar en risco moito máis elevado do desexado. Isto pode axudar a motivar decisións de abandono do tabaco, nutrición sa e exercicio, así como identificar os candidatos a ser medicados.

		Non fumadoras					Fumadoras					
PAS (mmHg)	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	
	130	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
		160	200	240	280	320	160	200	240	280	320	
		Colesterol (mg/dL)										

CLASIFICACIÓN DO RISCO DA ENFERMIDADE CARDIOVASCULAR NA MULLER

- Risco alto:

- Enfermidade coronaria establecida.
- Enfermidade cerebrovascular.
- Enfermidade arterial periférica.
- Aneurisma de aorta abdominal.
- Insuficiencia renal crónica en estadio final.
- Diabetes Mellitus.
- Score > 5.

- En risco:

- ≥ 1 dos seguintes factores de risco:
 - Tabaco
 - Dieta non cardiosaudable.
 - Vida sedentaria.
 - Obesidade, especialmente a central.
 - Historia familiar de enfermidade prematura cardiovascular (homes < 55 anos, mulleres < 65 anos).
 - HTA.
 - Dislipemia.
- Evidencia de enfermidade vascular subclínica: ex. calcificación coronaria.
- Síndrome metabólica.
- Pobre capacidade de exercicio na proba de esforzo e/ou recuperación anormal da frecuencia cardíaca despois do exercicio.

- Risco baixo/ óptimo:

- Score < 1%, estilo de vida cardiosaudable e sen factores de risco.

10.- ANEXO 4: INTERVENCIONS.

- 4a. Intervención sobre estilo de vida:

- Tabaco: abandono de hábito tabáquico e evitar ambientes de fumadores. Consello, terapia de apoio ou tratamento farmacolóxico.
- Actividade física: 30 minutos ou máis de actividade física de intensidade moderada (camiñar a paso vivo) a meirande parte dos días da semana. Se obesidade ou necesita perder peso de 60-90 minutos ou máis.
- Incluír nun programa de rehabilitación cardiovascular guiado a todas as mulleres con enfermidade cardiovascular (ACV previo, revascularización cardíaca, anxina crónica estable, s. coronaria aguda previa, enf. arterial periférica).
- Dieta cardiosaudable (dieta rica en froitas e verduras, peixe azul, cereais integrais, limitar o consumo de graxas saturadas, alcohol non máis 10-20 g etanol ao día e limitar o consumo de sal a menos de 2-3 g / día).
- Perda e mantemento de peso índice de masa corporal : 18,9- 24,9 Kg / m² e perímetro de cintura < 88 cm.
- Considerar cribado de depresión en mulleres con enfermidade coronaria e tratala.
(as mulleres padecen máis depresións e estrés despois dun infarto agudo de miocardio e reciben menos apoio social ou programas de recuperación tendo en conta as súas necesidades e horarios (principalmente conciliación familiar).

- 4b. Intervencións non efectivas para prevención de enfermidade cardiovascular ou infarto de miocardio (recomendacións clase III):

- Terapia na menopausa: terapia hormonal substitutiva e moduladores dos receptores estroxénicos.
- Suplementos antioxidantes.
- Ácido fólico.
- Aspirina en mulleres sas < de 65 anos.

- 4c. Intervención sobre factores de risco:

- 4c.1. Manexo da hipertensión arterial:
 - Toda hipertensa debe recibir consellos sobre cambios de estilo de vida e iniciarse tratamento farmacolóxico en función do risco cardiovascular, en base aos niveis de presión arterial, a afectación de órganos diana e a presenza ou non de enfermidade cardiovascular ou renal.

MANEXO DA PA EN FUNCIÓN DO RISCO CARDIOVASCULAR

SCORE Risco de ECV	PRESIÓN ARTERIAL (PAS/PAD mmHg)				
	Normal < 130/85	N-Alta 130-139/85-89	Grao 1 140-159/90-99	Grao 2 160-179/100-109	Grao 3 ≥ 180/110
Baixo < 1%	MEV	MEV	MEV	MEV e F se non control	MEV e F
Moderado 1-4%	MEV	MEV	MEV e considerar F	MEV e F se non control	MEV e F
Aumentado 5-9%	MEV	MEV e considerar F	MEV e F	MEV e F	MEV e F
Moi aumentado ≥ 10%	MEV	MEV e considerar F	MEV e F	MEV e F	MEV e F

FR: factor de risco. LOD: lesión órgano diana. SIM: síndrome metabólica. EC: enfermidade cardiovascular.
MEV: modificación estilo de vida. F: fármacos.

En todos os casos buscar e manexar todos os FR. Aquelas mulleres con ECV establecida, diabéticas ou con enfermidade renal teñen un risco máis elevado, e é desexable unha PA < 130/80 mmHg cando sexa factible. Para as demais hipertensas avaliar o risco SCORE. Débese tratar as hipertensas con LOD como o risco aumentado.

DIRECTRICES DE ELECCIÓN DE TRATAMENTO EN HTA

OUTROS FR, LOD ou EC	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)				
	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	N-Alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	Grao 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grao 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grao 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sen outros FR	Sen intervención	Sen intervención	MEV (meses), F se non control	MEV (semanas), F se non control	MEV e F inmediato
1-2 FR	MEV	MEV	MEV (semanas), F se non control	MEV (semanas), F se non control	MEV e F inmediato
3 ou máis FR SM ou LOD	MEV	MEV e considerar F	MEV e F	MEV e F	MEV e F inmediato
Diabetes	MEV	MEV e F	MEV e F	MEV e F	MEV e F inmediato
EC ou renal establecida	MEV e F inmediato	MEV e F inmediato	MEV e F inmediato	MEV e F inmediato	MEV e F inmediato

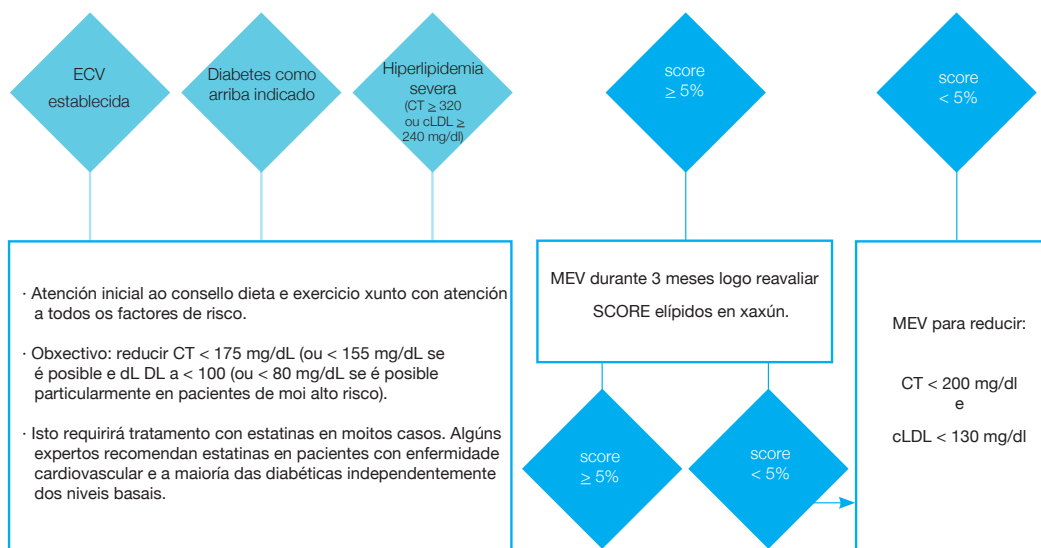
FR: factor de risco. LOD: lesión órgano diana. SIM: síndrome metabólica. EC: enfermidade cardiovascular.
MEV: modificación estilo de vida. F: fármacos.

FACTORES DE RISCO	LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA	ENFERMIDAD CARDIOVASCULAR O NERUROPATÍA ESTABLECIDA
<ul style="list-style-type: none"> - Factores de risco. - Niveis PAS e PAD. - Idade: > 65 anos. - Tabaquismo. - Dislipemia: <ul style="list-style-type: none"> · CT > 190 mg/dl ou · cLDL > 115 mg/dl ou · cHDL < 46 mg/dl. - Historia familiar de ECV precoz: <ul style="list-style-type: none"> · Home < 55 anos. · Muller < 65 anos. - Obesidade abdominal ≥ 88 cm. - Sobrecarga oral glicosa (SOG): <ul style="list-style-type: none"> · Anormal. - Glicemia xaxún: <ul style="list-style-type: none"> · 102-125 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertrofia Ventricular (HVI): <ul style="list-style-type: none"> · EGG: Sokolow > 38 mm; · Cornell > 2440 mm/ms; · Ecocardiograma > 110 g/m2. - Engrosamento carotídeo: <ul style="list-style-type: none"> · IMT carótide > 0,9 mm ou placa aterosclerótica - Aumento da creatinemia: <ul style="list-style-type: none"> · 1,2 – 1,4 mg/dl - Índice nocello – brazo (ITB): · < 0,9 - Microalbuminuria: <ul style="list-style-type: none"> · 30-300 mg /24 h; Alb / creat > 31 mg /g. - Filtrado Glomerular baixo: <ul style="list-style-type: none"> · < 60 ml / min ou Aclaramento creatinina baixo: < 60 ml / min. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermidade cerebrovascular: <ul style="list-style-type: none"> · ACV isquémico, hemorraxia cerebral ou AIT. - Enfermidade cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> · infarto agudo de miocardio, anxina, ICC, revascularización coroaria. - Enfermidade renal: <ul style="list-style-type: none"> · Nefropatía diabética, · Deterioración renal: <ul style="list-style-type: none"> - Creatinemia: > 1,4 mg/dl - Proteinuria: > 300 mg / 24h. - Enfermidade vascular periférica - Retinopatía avanzada: <ul style="list-style-type: none"> · Hemorraxia ou exudados, ou papiledema.
DIABETES MELLITUS		
Glicemia en xaxún > 126 mg /dl en determinacións repetidas ou glicemia tras SOG > 198 mg /dl.		

· 4c.2. Manexo da dislipemia:

MANEXO DOS LÍPIDOS EN FUNCIÓN DO RISCO CARDIOVASCULAR

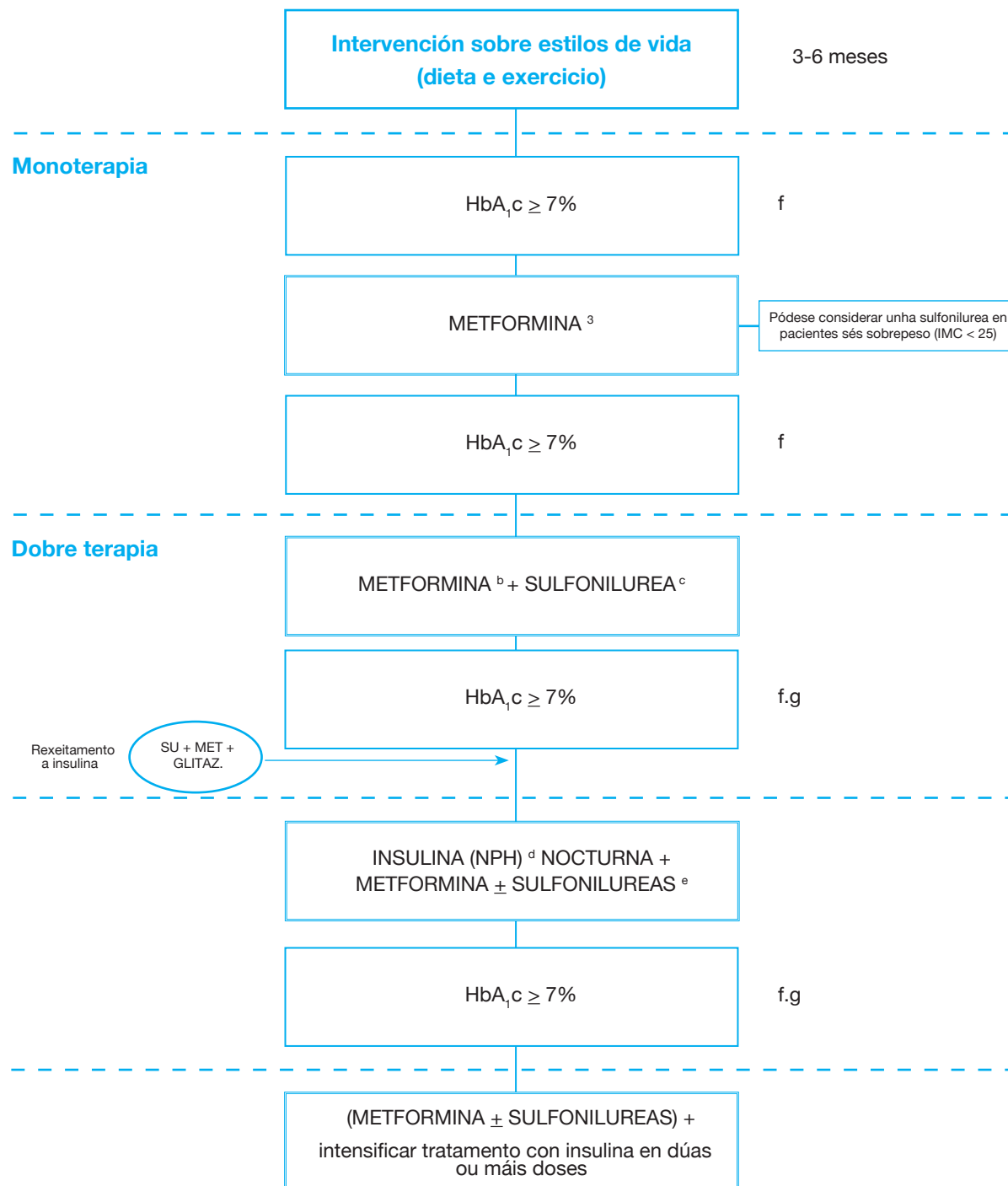
Buscar e abordar os factores de risco. Aquelas con enfermidade de cardiovascular establecida, diabetes tipo 1 ou tipo 2 con micro albuminuria or hiperlipidemia severa se consideran de alto risco. Para o resto de pacientes usar as táboas score para calcular o risco.



Os obxectivos do tratamento non están definidos para o c-HDL e triglicéridos, pero c-HDL < 45 mg/dl e TG > 150 mg/dl son marcadores de risco cardiovascular elevado.

Considerar tratamento farmacolóxico hipolipemiante co obxectivo de CT < 200 mg/dl e cLDL < 130 mg/dl.

· 4c.3. Manexo da diabetes mellitus tipo 2:



10.- ANEXO 5: MANEXO PREHOSPITALARIO DA SÍNDROME CORONARIA AGUDA.

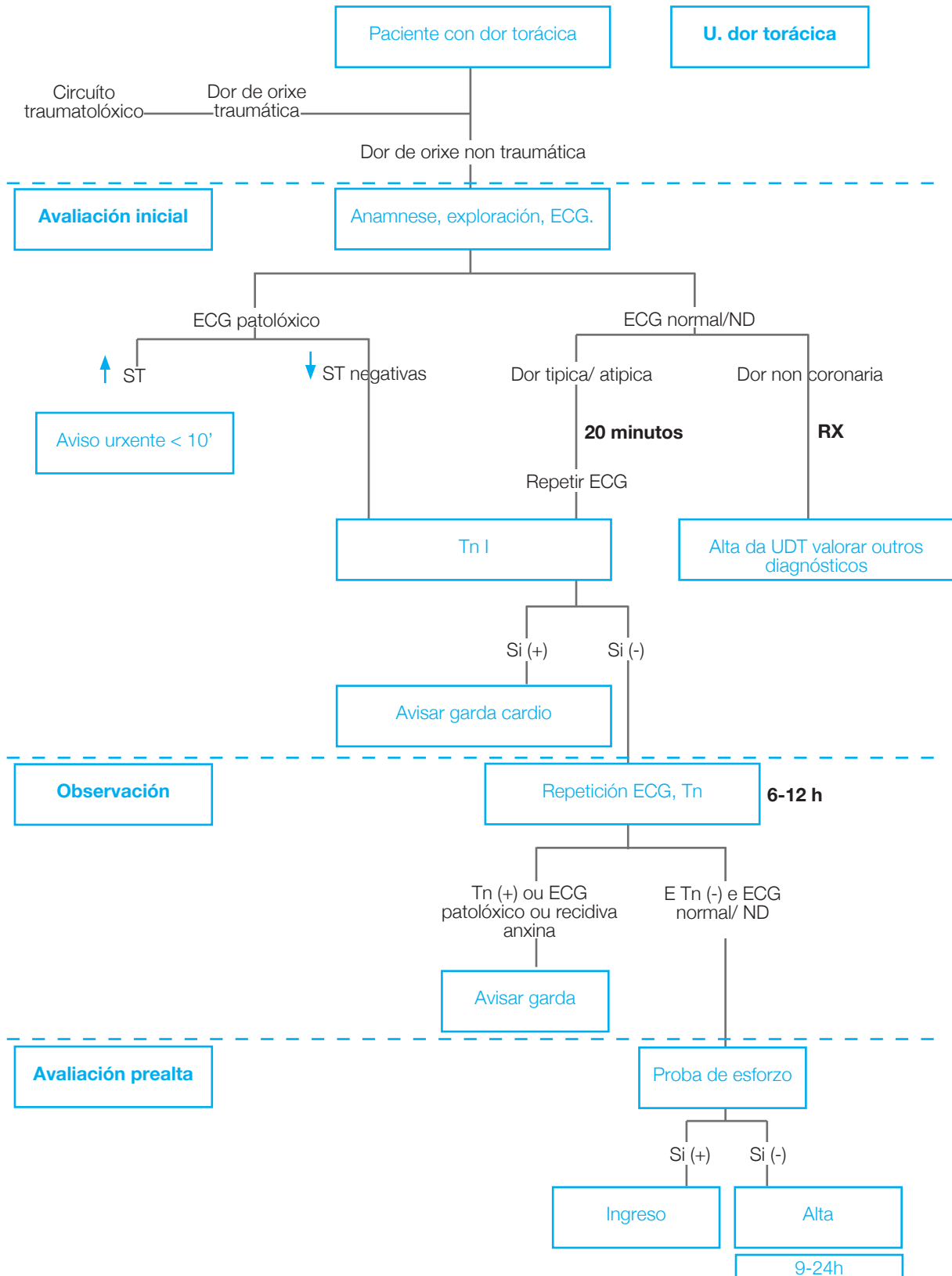
- Aviso 061. Transporte rápido a hospital no menor tempo posible.
- A paciente debe estar en repouso absoluto, non deixala soa e intentar ambiente tranquilo.
- Monitorización da paciente e desfibrilador preparado.
- Canalizar vía venosa, toma de presión arterial e auscultación cardio-pulmonar.
- Nitroglicerina sublingual: 0,4 a 0,8 mg (salvo hipotensión) e repetir aos 5-10 minutos.
- Osíxeno con lentes nasais a 2-3 l/minuto.
- Administrar cloruro mórfico 3-5 mg / iv se dor intensa ou non cede tras nitroglicerina.
- Administrar AAS 325-500 mg v.o.
- Traslado urxente en ambulancia medicalizada con desfibrilador.
- Non poñer lidocaína nin inxeccións intramusculares.

10.- ANEXO 6: MANEXO DA ANXINA ESTABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- Estudo xeral de factores de risco cardiovasculares (se non consta).
- Modificación de estilo de vida e control de factores de risco cardiovasculares.
- AAS a doses baixas (se non hai contraindicación).
- Nitroglicerina sublingual para as crises de anxina.
- Betabloqueantes (se contraindicados os BB, calcioantagonistas de acción prolongada e/ou nitratos)
- Educación sobre a identificación dos síntomas dunha síndrome coronaria aguda e comunicación con 061.
- Derivación preferente a Cardioloxía.

10.- ANEXO 7 : ATENCIÓN HOSPITALARIA DA DOR TORÁCICA.

- 7a. Dor torácica aguda en urxencias hospitalarias:

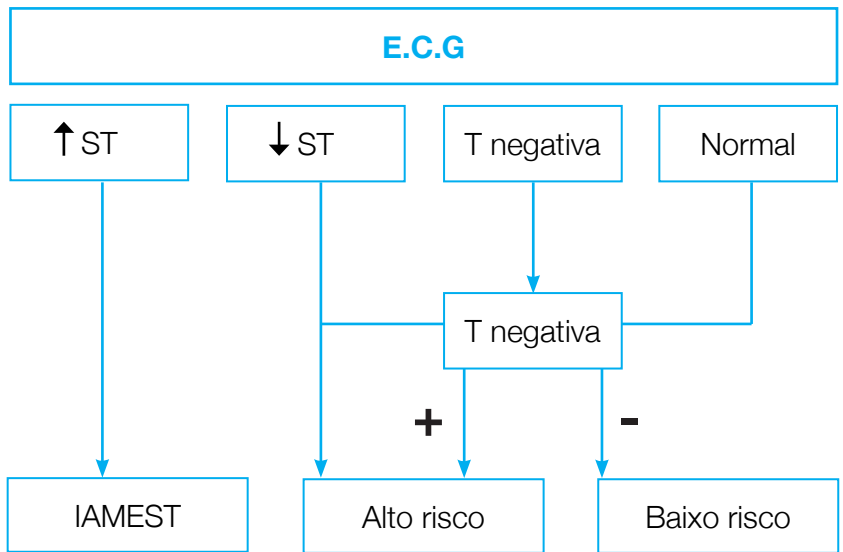


TnI: troponina.

UDT: unidade de dor torácica.

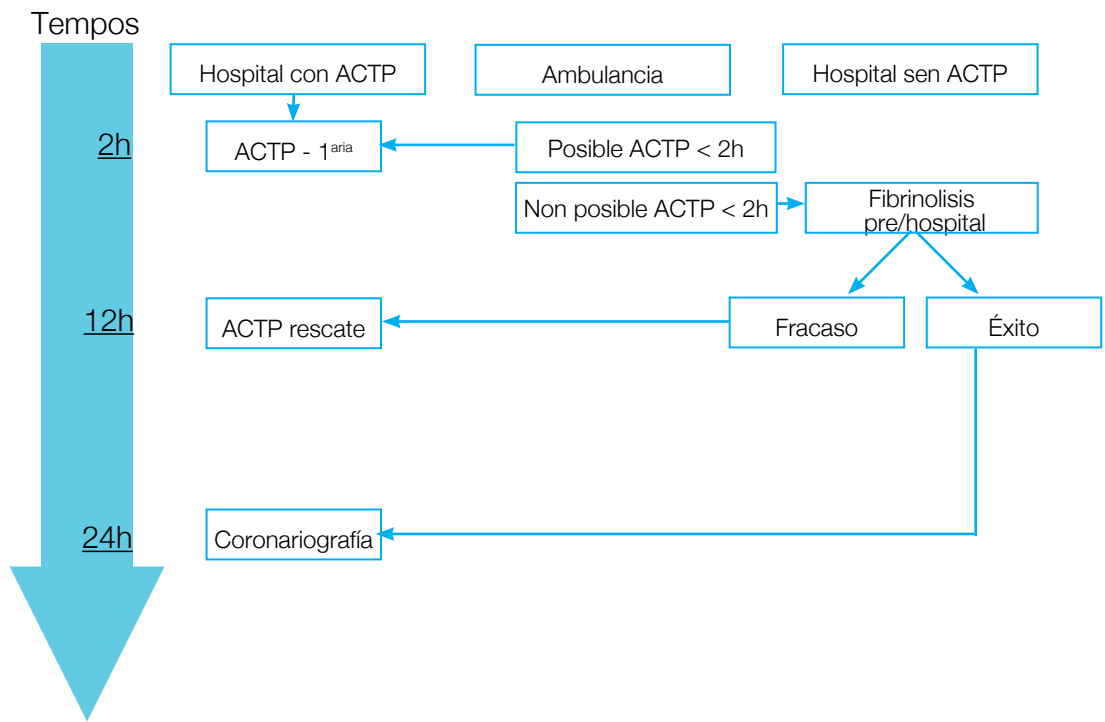
ND: non diagnóstico

- 7b. Síndrome coronaria aguda: decisión inicial:



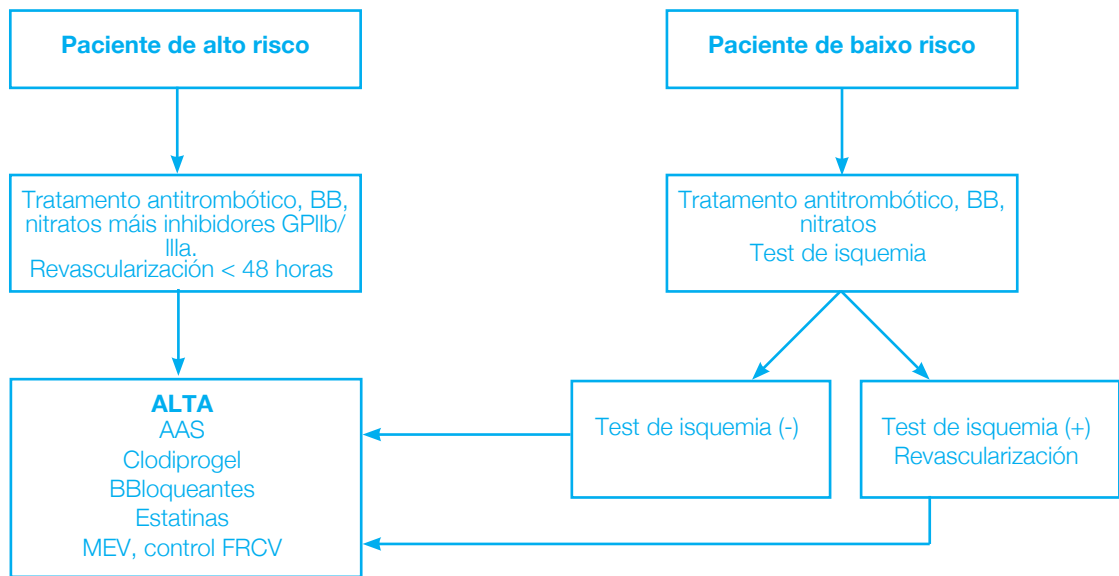
IAMEST: infarto agudo de miocardio con elevación de ST.

- 7c. Estrategia de reperfusión en infarto agudo de miocardio con elevación de ST:



ACTP: angioplastia transluminal percutánea

- 7d. Tratamento da síndrome coronaria aguda sen elevación ST / anxina inestable:



10.- ANEXO 8 : MANEXO DA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA-ANXINA ESTABLE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

- 8a. Probabilidade pretest de cardiopatía isquémica:

Probabilidade pretest de cardiopatía isquémica por idade e síntomas na muller				
Idade	Anxina típica	Anxina atípica	Dor torácica non anxinosa	Sen síntomas
30-39	Intermedio	Moi baixo	Moi baixo	Moi baixo
40-49	Intermedio	Baixo	Moi baixo	Moi baixo
50-59	Intermedio	Intermedio	Baixo	Moi baixo
60-69	Alto	Intermedio	Intermedio	Baixo
> 70	Alto	Intermedio	Intermedio	Baixo

Alto > 90%; intermedio 10-90%; baixo < 10%; moi baixo < 5%

- 8b. Algoritmo:



FE: fracción exección AVC: accidente vascular cerebral BRI: Bloqueo de rama esquerda PE: proba esforzo

10.- ANEXO 8 : MANEXO DA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA-ANXINA ESTABLE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

- 8c. Test de isquemia en mulleres:

O rendemento das diferentes probas na muller é limitado.

O ECG de esforzo ten menor utilidade práctica na muller: sensibilidade 61% e especificidade o 70%. A maior utilidade deste test en mulleres é a valoración da capacidade funcional (boa correlación en mulleres sintomáticas entre capacidade funcional e a taxa de eventos cardiovasculares).

As mulleres teñen menor capacidade aeróbica, un menor grao de adestramento cun rápido incremento da frecuencia cardíaca e unha maior dificultade para adaptarse á cinta ou ao tapiz.

Existen outros test diagnósticos como o estudo isotópico (Gated-SPECT de esforzo) e o ECO de esforzo ou farmacolóxico que demostraron ter alta especificidade e sensibilidade en mulleres sen diferenzas entre ambos sexos.

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

