

GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN FASE ESTABLE

DICIEMBRE 2002

INDICE:

DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ANGINA ESTABLE.....	2
ESTUDIO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA: CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO. CLASIFICACIÓN EN GRUPO DE RIESGO.....	3
PACIENTES PARA SEGUIMIENTO EN A. PRIMARIA.....	4
PACIENTES PARA SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA.....	4
SEGUIMIENTO EN A. PRIMARIA. CONTENIDOS.....	4
OBJETIVOS DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.....	5
CRITERIOS GENERALES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE.....	6
<u>ALGORITMOS:</u>	
• DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ANGINA EN A. PRIMARIA.....	7
• DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	8
• SEGUIMIENTO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN A. PRIMARIA.	9
BIBLIOGRAFIA.....	10

DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA ANGINA ESTABLE

Características del dolor torácico

1. Dolor opresivo retroesternal con irradiación típica (brazos, cuello...)
2. Provocada con el esfuerzo o tensión emocional
3. Se alivia con el reposo o nitroglicerina

En función de estas características, se clasifica:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Angina típica: | Cumple las 3 características. |
| 2. Angina atípica: | Cumple dos características. |
| 3. Dolor inespecífico o no coronario | Cumple una o ninguna característica. |

El diagnóstico de presunción de angina es un diagnóstico de probabilidad, por lo que para hacerlo se debe tener en cuenta, además de las características del dolor, la presencia de otros factores de riesgo que aumentan de forma importante la probabilidad de que el dolor sea isquémico:

- Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica o muerte súbita precoces.
- Sexo: entre los jóvenes, riesgo mucho mayor en varones.
- Diabetes, como el factor de mayor riesgo para cardiopatía isquémica.
- Tabaquismo.
- HTA.
- Dislipemia.
- Enfermedad vascular previa cerebral (AIT / ACV) o periférica (claudicación intermitente).

Se debe derivar sólo a los pacientes ante los que, tras valorar todos los factores anteriormente expuestos, establezcamos el diagnóstico de sospecha de cardiopatía isquémica, con presentación como angina típica o atípica. Como guía general, la probabilidad es alta ante la asociación de diabetes y dolor típico o atípico, o ante la asociación de dos factores de riesgo y dolor típico o atípico.

Estudio inicial de un paciente con diagnóstico de angina estable:

- o Anamnesis detallada, valorando todos los factores expuestos.
- o Exploración física: palpación y auscultación de vasos carotídeos, auscultación cardiorrespiratoria, exploración abdominal, exploración de MM. II. (pulsos, edemas, trofismo cutáneo).
- o Si tiene hipertensión arterial: recoger en el informe los valores de T.A. de las últimas semanas al menos.
- o Recoger también en el informe el tratamiento farmacológico actualizado.
- o E.C.G. sin dolor y con dolor si disponemos de él.
- o Analítica que incluya hemograma, glucosa, colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos.
- o RX tórax.

ESTUDIO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA: CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN EN GRUPO DE RIESGO.

En principio en la consulta de cardiología se realizará una nueva historia clínica (serán dados de alta los pacientes con dolor torácico no coronario). Se suelen solicitar pruebas para valorar **la función ventricular izquierda**, y la **presencia o no de isquemia residual**, que unidas a la **presencia o no de arritmias ventriculares** son los 3 datos fundamentales para el pronóstico. Las pruebas utilizadas más frecuentemente son:

1. **Ecocardiograma:** entre sus muchas utilidades valora la función sistólica del VI, uno de los principales determinantes pronósticos en cardiopatía isquémica, y en general en toda cardiopatía. Puede obviarse en pacientes sin datos clínicos de otra cardiopatía, sin antecedentes de IAM, ECG normal y sin cardiomegalia, por lo que es muy útil tener una Rx de tórax en el momento de la consulta.
Según la fracción de eyección ventricular (F.E.):
 - >50%: tienen una frecuencia de complicaciones muy bajas.
 - <35%: principal signo de mal pronóstico.
2. **Ergometría convencional u otra prueba de estrés:** tiene utilidad tanto diagnóstica como pronóstica. Los criterios de bajo riesgo son:
 - Alcanzar niveles energéticos superiores a 4 metzs.
 - Alcanzar durante la prueba una T.A. > 110 mm Hg.
 - Alcanzar la frecuencia cardiaca (F.C.) submáxima sin angina ni cambios en el ST.
 - No presentar signos de insuficiencia cardiaca.

Con estos criterios podemos estratificar los pacientes en tres grupos:

- **Riesgo alto:** mortalidad anual > 3%.
 - Infarto previo.
 - Insuficiencia cardiaca durante el ingreso.
 - FE < 35%.
 - Capacidad funcional < 5 metz por respuesta hipotensiva o por depresión del ST > 1mm.
 - Depresión del ST durante la prueba de esfuerzo mayor de 2 mm o FC < 135 lpm.
- **Riesgo intermedio:** mortalidad anual 1-3%.
 - Angina o isquemia con cargas \geq 5 metz.
 - FE de 30 a 50%.
 - Signos de isquemia residual.
- **Riesgo bajo:** mortalidad anual < 1%.
 - Capacidad funcional superior a 7 metz.
 - F.E. > 50%.
 - Sin signos de isquemia residual.
 - Sin arritmias ventriculares.
 - En caso de infartados, haber tenido un curso clínico hospitalario sin complicaciones.

En general los pacientes con riesgo elevado son susceptibles de estudios y tratamientos invasivos para valorar la indicación de tratamiento quirúrgico. También aquellos pacientes con menor riesgo pero que continúen muy sintomáticos a pesar del tratamiento y determinados pacientes con riesgo intermedio.

PACIENTES PARA SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- **Dolor no coronario o atípico con ergometría negativa.**
- **Angina con riesgo bajo o intermedio con buen control sintomático.**
- **Tras IAM, en fase estable, pacientes del grupo de riesgo bajo.**
- **Tras revascularización, pacientes que pasen a pertenecer al grupo de riesgo bajo.**
- **En general, todos aquellos pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica en fase estable, con buen control sintomático y pertenecientes al grupo de riesgo bajo.**
- **En todos los pacientes, tanto de alto como de bajo riesgo: control de los factores de riesgo cardiovascular.** Cuando un paciente que está haciendo el seguimiento en A. Especializada acuda a la revisión a la consulta de cardiología, deberá llegar acompañado de analítica reciente que incluya al menos colesterol total, LDL y HDL.

PACIENTES PARA SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA.

- **Angina con riesgo intermedio que continúan sintomáticos.**
- **Angina con riesgo alto.**
- **Pacientes con infarto que persistan en los grupos de riesgo alto o intermedio.**
- **Revascularización percutánea o quirúrgica.** En estos casos, si quedan asintomáticos durante varias revisiones anuales y no presentan otras complicaciones cardiológicas se podrían seguir desde Atención Primaria.
- **En general, los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica con riesgo alto o intermedio, y todos aquellos con mal control sintomático.**
- **Los pacientes que presenten otros problemas cardiovasculares añadidos a la cardiopatía isquémica (valvulopatías, arritmias...).**

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONTENIDOS.-

- **Para realizar el seguimiento en Atención Primaria se precisa de informe de cardiología especificando que se trata de un paciente estable, de riesgo bajo.**
- **Seguimiento por enfermería:**
 - Cada 3 – 6 meses (en función de la presencia de otros problemas, como HTA, diabetes, dislipemia, etc.):
 - **Control factores de riesgo cardiovascular:** consejo antitabaco, T.A., peso, dieta hipolipemiante, controles según programa de diabetes si fuera el caso.
 - **Control de síntomas cardiovasculares:** dolor torácico, disnea, ortopnea, síncope, claudicación de MM. II., edemas.
 - **Control de efectos secundarios de la medicación.**
 - **Educación para la salud:** sobre control de factores de riesgo cardiovascular.
 - **Solicitud E.C.G. cada 12 meses.**

- Solicitud de analítica cada 6 – 12 meses: glucemia, creatinina, colesterol, HDL, LDL. Si está en tratamiento con estatinas, añadir: GOT, GPT, CPK (ver protocolo de atención al paciente con dislipemia).
- Cita con medicina cada 6 – 12 meses.
- **Seguimiento por medicina:**
 - Anamnesis cardiovascular.
 - Exploración física: vasos supraaórticos (inspección, palpación, auscultación), auscultación cardiorrespiratoria, palpación abdominal, exploración de MM.II. (trofismo piel, palpación pulsos, edemas).
 - Valoración de E.C.G.
 - Control factores de riesgo cardiovascular: asesoramiento, educación y tratamiento para alcanzar los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular en un paciente con cardiopatía isquémica (ANEXO 1).
 - VALORACIÓN FINAL SOBRE SI EL PACIENTE SIGUE ESTABLE, CON BUEN CONTROL SINTOMÁTICO Y BUEN CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, O SI PRECISA OTRAS INTERVENCIONES.
 - Derivación de nuevo a enfermería para seguimiento si procede continuar el seguimiento en Atención Primaria.

OBJETIVOS DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

LDL	< 100 mg/dl
HDL	> 40 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	<200 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	< 150 - 200 mg/dl
TABACO	Abstención
T.A.	< 130 (140) -85 (90)
GLUCEMIA	HbA _{1c} ≤ 7. Glucemia basal < 125.
PESO	Disminuir si obesidad o sobrepeso. Obesidad: IMC >30, o bien, perímetro cintura < 102 cm en varones y < 88 cm en mujeres. Sobrepeso: IMC 27-29 (varones), o 25 -27(mujeres).
DIETA	Grasa total 25-35% del total de calorías
	Grasa saturada < 7-10% de calorías totales
	Grasa monoinsaturada 15-20% de calorías totales
	Colesterol < 200 mg/día
	Incrementar la fibra dietética
EJERCICIO	Incrementar la actividad física

CRITERIOS GENERALES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE
--

En la **prevención secundaria** de la cardiopatía isquémica los fármacos o grupos de fármacos que han demostrado alcanzar una disminución de la mortalidad global y por todas las causas, además de disminuir la incidencia de eventos coronarios, son: betabloqueantes, ácido acetil salicílico (A.A.S.), inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECAS) y estatinas.

Salvo que exista contraindicación, todo paciente con cardiopatía isquémica debe estar en tratamiento con **A.A.S.** a dosis de 70 a 325 mg/día. Si existe contraindicación, la ticlopidina o el clopidogrel son alternativas.

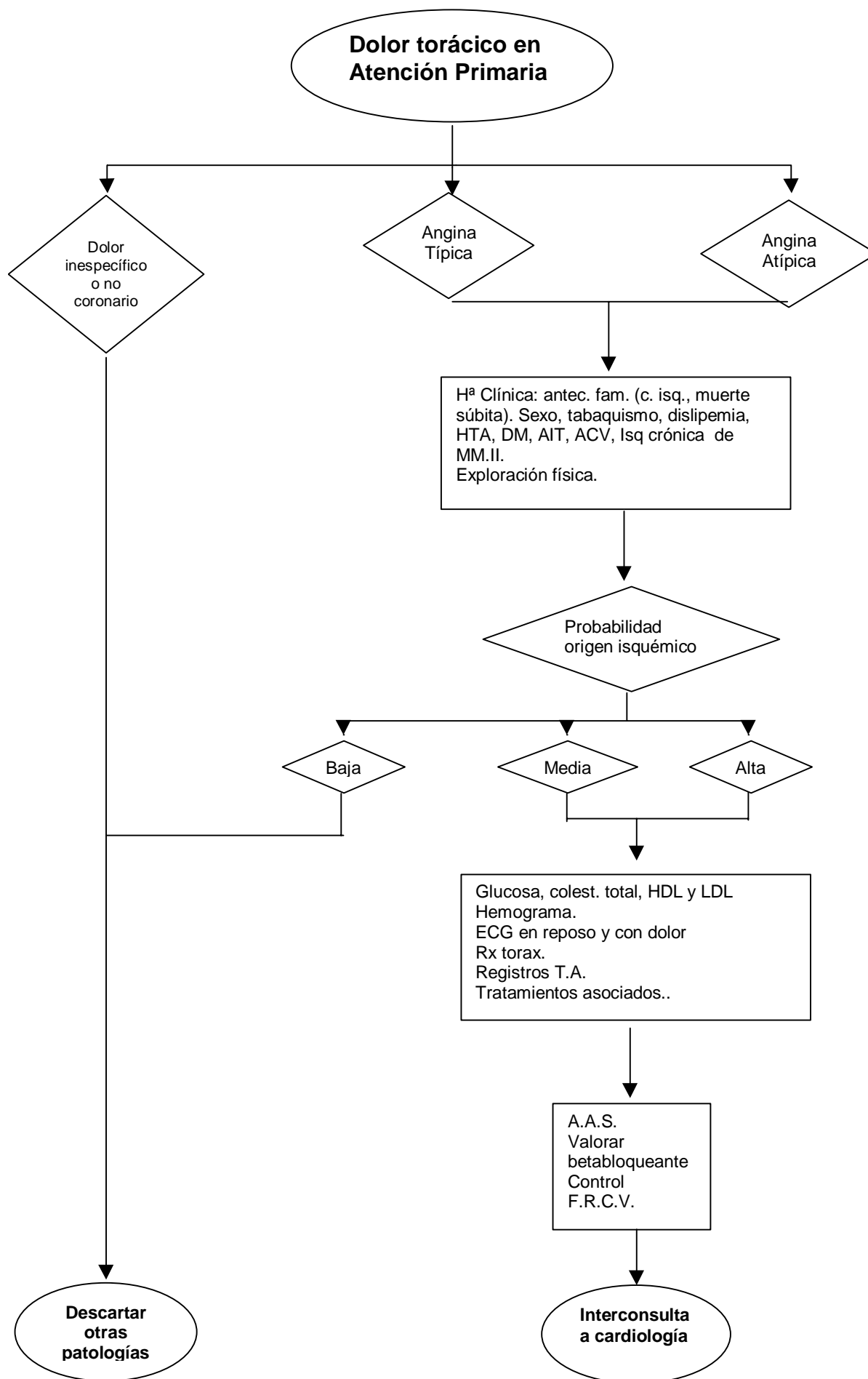
Si no se logra el objetivo de **LDL colesterol 100 mg/dl** con las medidas higiénico dietéticas, se debe instaurar tratamiento con **estatinas** salvo que exista contraindicación para su uso.

Para alcanzar el objetivo de **TA \leq 130/85 mm Hg**, es preferente la utilización de **betabloqueantes sin actividad simpaticomimética intrínseca** (atenolol, metoprolol, bisoprolol) e **IECAS**.

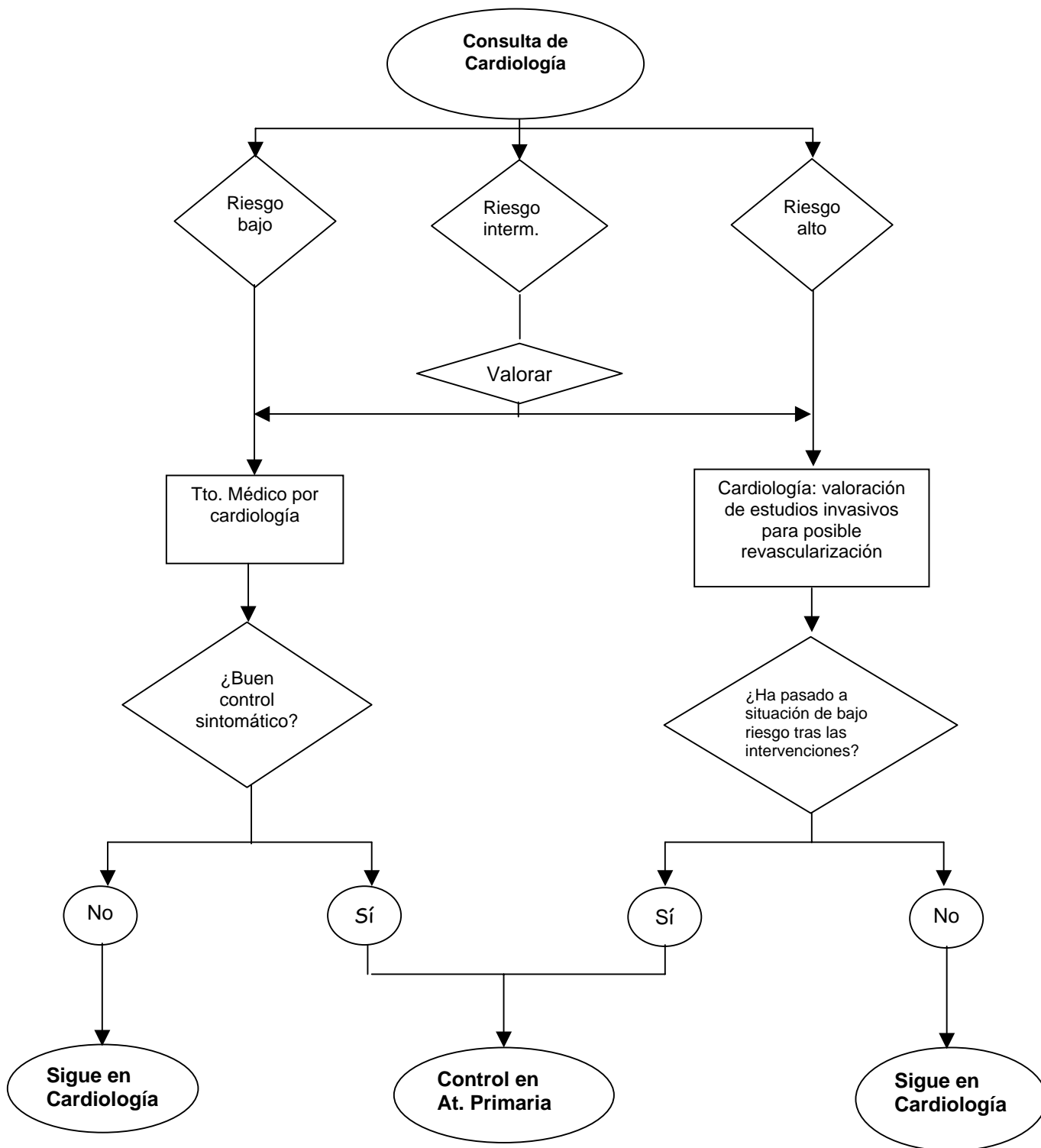
Habrá que valorar en cada caso la utilización de **betabloqueantes o IECAS** como medida de prevención secundaria independiente de las otras que se tomen para el control de los factores de riesgo cardiovascular. Para esta decisión deberán ser tenidas en cuenta las múltiples situaciones clínicas que pueden presentarse (presencia de infarto previo, episodios anteriores de insuficiencia cardiaca, persistencia de clínica de angina, etc.).

Para el control sintomático del paciente son útiles, además, los **nitratos** en sus múltiples formas de administración, así como los **calcioantagonistas**, entre los que habrá que tener en cuenta las diferentes indicaciones de los distintos principios activos dentro del grupo, en función de sus características diferenciadas y posibles circunstancias clínicas, que sobrepasan los objetivos de esta guía. Ninguno de estos dos grupos de fármacos ha demostrado su utilidad en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, aunque sí en el control sintomático de la misma.

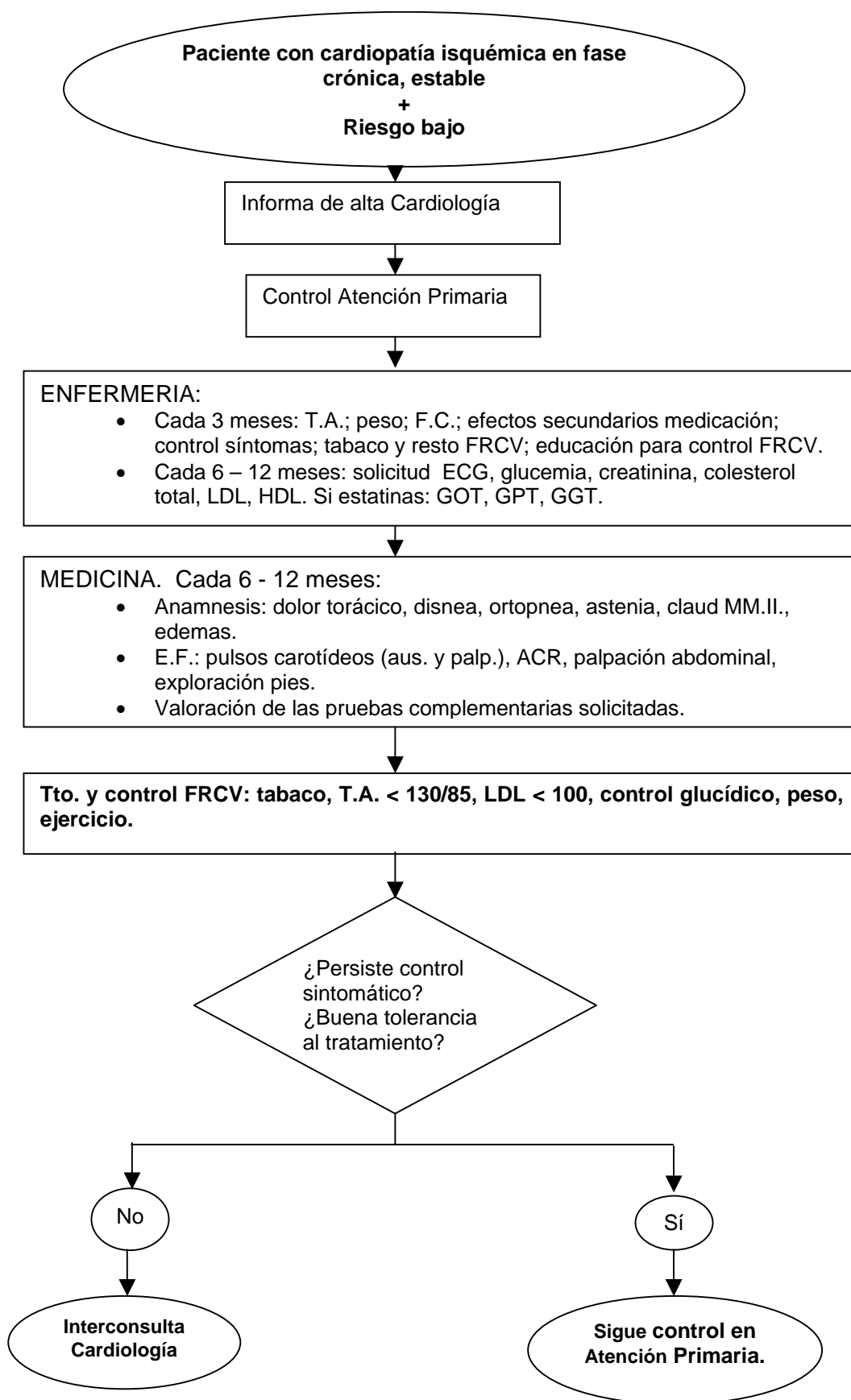
DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA ANGINA EN ATENCIÓN PRIMARIA



DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA



SEGUIMIENTO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA



FRCV: Factores de riesgo cardiovascular.
T.A.: Tensión arterial.
F.C.: Frecuencia cardiaca.
ACR: Auscultación cardiorespiratoria.

BIBLIOGRAFÍA

- National Institutes of Health. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) [Internet]. 2002 Nov. [13/01/2003]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/index.htm>
- OMS y Sociedad Internacional de Hipertensión. Recomendaciones 1999 para el tratamiento de la hipertensión arterial. Hipertensión 1999; 16 (6): 206-244.
- Grupo de trabajo de Patología Cardiovascular Societat Valenciana de Medicina Familiar i comunitaria. Prevención secundaria del infarto de miocardio en Atención Primaria [Internet]. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria; 2001 [7/01/2003]. Disponible en: <http://www.suvmfve.org/grupos/Publicaciones/Prev2IAM.html>
- Plaza I, Villar F, Mata P, Pérez F, Maiquez A, Casanovas J A et al. Sociedad Española de Cardiología. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Rev Esp Cardiol 2000; 53 (6).
- Lombera F, Barrios V, Soria F, Placer L, Cruz J M, Tomás L et al. Sociedad Española de Cardiología. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. Rev Esp Cardiol 2000; 53 (1).
- Fernández C, Bardají J L, Concha M, Cordo J C, Cosín J, Magriná J et al. Sociedad Española de Cardiología. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Angina Estable. Rev Esp Cardiol 2000; 53 (7).
- Lago, F. Dislipemias [Internet]. Guías Clínicas 2002; 2002 Sept. [27/09/2002]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/dislipemia.htm>
- American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina [Internet]. 2002 [13/01/2003]. Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3006769>

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE CARDIOLOGÍA DEL AREA DE PLASENCIA (orden alfabético):

- CALDERON MARIÑO, Narciso (M. Interna. Hospital Virgen del Puerto)
- CASTIÑEIRA SÁNCHEZ, Víctor (Enfermero. EAP Plasencia I)
- FABREGAT DOMÍNGUEZ Teresa (Enfermera. E.A.P. Jaraiz de la Vera)
- GANCEDO HERRERA, Esperanza (Médico Refuerzo. E.A.P. MONTEHERMOSO)
- GERVÁS PAVON, Honorio (Cardiólogo. Hospital Virgen del Puerto)
- GÓMEZ PERLADO, Begoña (Médico. Resp. Docencia de UME)
- LÓPEZ GIL, Miguel Ángel (MIR-3. EAP Plasencia I)
- MARTINEZ MARTÍN, José María (Médico. EAP Plasencia III)
- PEREIRA ESPINEL, Pedro (Médico. Serv. Urgencias H. Virgen del Puerto)
- REDONDO ANTEQUERA, Juan (Médico. EAP Plasencia I)
- RODRIGUEZ SANCHEZ, Emiliano (Médico. EAP Nuñomoral)
- SAEZ JIMÉNEZ, Antonio (Cardiólogo. Hospital Virgen del Puerto)
- Coordinación del Grupo por parte de la Gerencia del Área: Ignacio Escudero Sánchez. Dirección Médica de Atención Primaria.
- Nuestro agradecimiento a las Secretarías de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área que han llevado a cabo el trabajo administrativo:
 - SIMÓN GARCÍA, Consuelo
 - HERNANDEZ GALINDO, M^a Teresa

