



Proceso Asistencial  
Integrado de

# CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

---





Proceso Asistencial  
Integrado de

**CARDIOPATÍA  
ISQUÉMICA  
CRÓNICA**





### **Cláusula de género:**

“En caso de aparecer en el texto de este documento sustantivos de género gramatical masculino o femenino para referirse a colectivos, deberá entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que dicho uso comporte intención discriminatoria alguna. Esta opción lingüística tiene como única finalidad facilitar la lectura del documento y lograr una mayor economía en la expresión”.

### **Cláusula de seguridad con relación al uso de medicamentos:**

“Los autores se han esforzado en garantizar que toda la información relativa a las recomendaciones de medicamentos, dosificación, pautas y vías de administración, estén de acuerdo con las establecidas en las guías de práctica clínica actuales, no obstante, los avances de la medicina, los cambios de criterios y la necesaria personalización de las prescripciones hacen necesario que antes de tomar ninguna actitud terapéutica basada en este documento, se consulte la ficha técnica del medicamento y sus condiciones de financiación por el SNS”.



## GRUPO DE TRABAJO

---

### CORDINADOR

- **Gonzalo Marcos Gómez.** *Coordinador del PAI. Cardiólogo.* Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

### AUTORES DEL DOCUMENTO

- **Juan Carlos Rama Merchán.** *Cardiólogo.* Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.
- **María Yuste Domínguez.** *Cardióloga.* Hospital Universitario de Badajoz.
- **Enrique Gordillo Higuero.** *Cardiólogo.* Hospital de Mérida.
- **Milagros Clemente Lorenzo.** *Cardióloga.* Hospital de Plasencia.
- **Dr. José Luis González Guerrero.** Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.
- **Francisco Javier Félix Redondo.** *Médico de Familia.* Responsable Médico Área Asistencial SSCC.
- **Miguel Turégano Yedro.** *Médico de Familia.*
- **Alexis Arjona Bravo.** *Médico de Familia.*
- **Luis Tobajas Belvís.** *Médico de Familia.*
- **Vicente Caballero Pajares.** *Médico de Familia.*
- **María José Gamero Samino.** *Médico de Familia.*
- **María Celia Sánchez Martín.** *Enfermera.* Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.
- **Ramon Candell Motellón.** *Enfermero.* E.A.P. Valdefuentes.
- **Raquel Lorenzo Serrano.** *Enfermera.* Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.
- **Ana María Timón Mateos.** *Trabajador/a Social de AH.* Servicio Atención Paciente S.A.U. HM.
- **Gema Gil Álvarez.** *Trabajador/a Social de AH.* Servicio Atención Paciente S.A.U. HM.
- **Olga Ortiz Rodríguez.** *Farmacéutico/a.* Gerencia de Área Llerena/Zafra.
- **Miguel Ángel Martín de la Nava.** *Farmacéutico/a.* Salud Pública - Subdirección

Farmacia.

- **Antonio Torres Olivera.** *Experto en calidad y gestión en el sector salud.* Miembro de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- **Antonio Barrera Martín-Merás.** Coordinador de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.
- **José Manuel Moya Mendez.** *Enfermero familiar y comunitario.* Técnico de Proyectos de I+D+I. Subdirección de Cuidados y Humanización de la Asistencia.
- **Lydia Rodríguez Rivero.** *Enfermera.* Técnico de Proyectos de I+D+I. Subdirección de Cuidados y Humanización de la Asistencia.





Titulo de la obra: **Proceso Asistencial Integrado de Cardiopatía Isquémica Crónica.**

Autor: **Servicio Extremeño de Salud.**

Editor: **Fundación Española de Calidad Asistencial.**

ISBN: **978-84-09-61806-4**

Depósito Legal:

## SUMARIO

---

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>[PÁG. 13]</b>
<b>2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO .....</b>	<b>[PÁG. 16]</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	[PÁG. 16]
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	[PÁG. 16]
2.3 DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO .....	[PÁG. 18]
2.4 LÍMITES DEL PROCESO .....	[PÁG. 19]
<b>3. DESTINATARIO Y PROVEEDORES .....</b>	<b>[PÁG. 20]</b>
<b>4. COMPONENTES DEL PROCESO .....</b>	<b>[PÁG. 21]</b>
4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL .....	[PÁG. 21]
4.2 DESCRIPCIÓN DE CADA SUBPROCESO .....	[PÁG. 24]
<b>5. FICHAS DE ACTIVIDAD .....</b>	<b>[PÁG. 37]</b>
<b>6. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ...</b>	<b>[PÁG. 72]</b>
6.1 ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO .....	[PÁG. 72]
6.2 MAPA DE PROCESOS DEL PAI DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA ...	[PÁG. 73]
6.3 DIAGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA .....	[PÁG. 74]
6.4 DIAGRAMA DE CADA SUBPROCESO .....	[PÁG. 75]
<b>7. INDICADORES .....</b>	<b>[PÁG. 79]</b>
<b>8. FIGURAS .....</b>	<b>[PÁG. 86]</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>[PÁG. 88]</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>[PÁG. 137]</b>

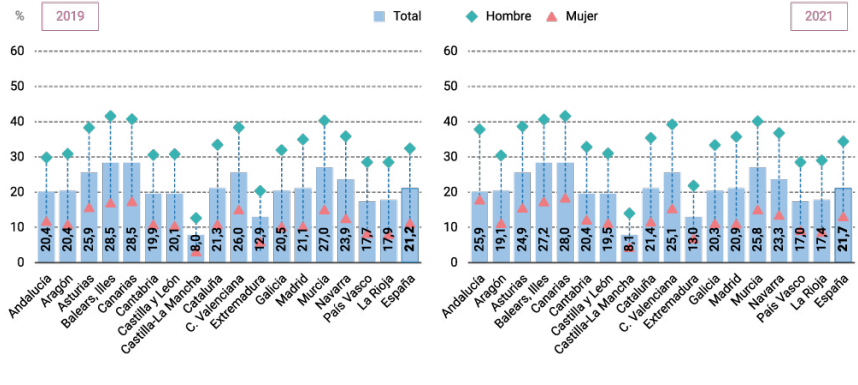


# 1. INTRODUCCIÓN

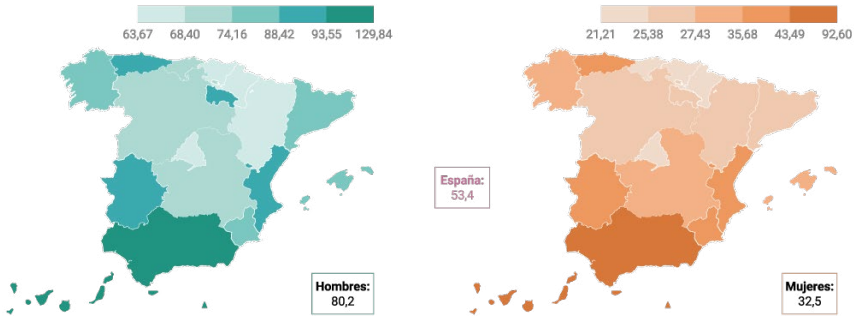
La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de muerte en todo el mundo<sup>1,2,3,4</sup>. Representa el 15% de todas las muertes en Europa, y se espera que esta cifra aumente en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de factores de riesgo como la diabetes y la obesidad.<sup>5</sup>

Atendiendo a los resultados publicados sobre la incidencia de cardiopatía isquémica en el área de Salud de Don Benito-Villanueva, que puede ser representativa de toda Extremadura, la tasa de incidencia global de cardiopatía isquémica fue 327 casos/100.000 personas-año correspondiendo 470 casos/100.000 al sexo masculino y 211 casos/100.000 personas-año al femenino.<sup>6</sup>

Según se desprende de los datos publicados en el último informe anual de salud del ministerio de sanidad, la prevalencia ajustada por edad de cardiopatía isquémica en el año 2021 era del 21,7% a nivel nacional, siendo del 13% en Extremadura. La tasa ajustada por edad de hospitalización por cardiopatía isquémica por 10.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma nos ofrece cifras del 23,8 y 20,9 para hombres y mujeres respectivamente en España, que en Extremadura son del 22,7 y 21,4.<sup>7</sup>



La tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes, según sexo, sigue obteniendo cifras en Extremadura de las más altas del territorio nacional con una tasa global del 53,4% que es del 80,2 en el caso de los varones y 32,5% para las mujeres.



El comportamiento clínico de la enfermedad pasa por la reincidencia de eventos de manera frecuente si no se aborda un adecuado seguimiento clínico y se intensifican las medidas de prevención secundaria. Este proceso puede modificarse mediante ajustes en el estilo de vida, terapias farmacológicas e intervenciones invasivas diseñadas para lograr la estabilización o regresión de la enfermedad.

Los abordajes protocolizados para la asistencia al SCACEST y la presencia de alertas de 24 horas en las salas de hemodinámica han supuesto un importante avance que se ha traducido en una reducción de morbilidad importante en el infarto agudo de miocardio.

Aunque los avances en el tratamiento médico y quirúrgico en la fase aguda han mejorado la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, no se protocoliza un abordaje de las formas crónicas de forma generalizada y homogénea en nuestra comunidad, que disminuya el riesgo de nuevos eventos isquémicos y del deterioro funcional miocárdico.

Este déficit obliga al servicio de salud a definir una serie de intervenciones que de forma coordinada y multidisciplinaria mejore la eficiencia en su asistencia, y a una mejor percepción de la atención recibida por parte de pacientes y cuidadores. El proceso asistencial integrado para la cardiopatía isquémica debe incluir medidas para reducir los factores de riesgo, mejorar la atención médica, y proporcionar acceso a las mejores terapias disponibles. Debe hacerlo atendiendo a las guías europeas de práctica clínica, y con un enfoque multidisciplinario que involucre a cardiólogos, internistas, médicos de familia, enfermeras, fisioterapeutas y nutricionistas y otros profesionales sanitarios que intervengan en dicho proceso es esencial para lograr estos objetivos.<sup>8,9</sup>

Un abordaje de gestión por procesos en este escenario clínico puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y reducir la morbilidad asociada con esta enfermedad. Es importante que los profesionales de la salud trabajen juntos para implementar estas medidas y proporcionar un enfoque de atención integral y centrada en las necesidades específicas de cada paciente.

## 2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo es mejorar los resultados de morbimortalidad por cardiopatía isquémica al definir un modelo asistencial adaptado a las necesidades de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CIC) para el Servicio Extremeño de Salud (SES). Para este objetivo, el modelo debe contemplar la **identificación, el registro y la atención de los pacientes y el establecimiento de un plan terapéutico, de seguimiento y de cuidados individualizado para su resolución o alivio**. Además, deberá contemplar la definición de indicadores de estructura, proceso y resultado que aporten la información, necesaria y de valor, que permitan la monitorización y auditoría del proceso.

Todo ello basado en la **coordinación entre las diferentes especialidades médicas, categorías profesionales y niveles asistenciales**, estableciendo los consensos necesarios para extender la metodología de abordaje a estos enfermos a todos los Centros Sanitarios de nuestra comunidad de modo que nos permita trabajar en red, garantizando la disponibilidad, actualización y custodia de la información clínica de los pacientes y proporcionando asistencia personalizada eficiente, efectiva y segura, en colaboración con otros profesionales sanitarios.

Esto se realizará adecuando los **recursos disponibles** a las necesidades con el objetivo de **mejorar los resultados en salud** que incluyen la mortalidad global y de causa cardiovascular, la prevención de nuevos eventos y posibles complicaciones, el número de reingresos, y la necesidad de nueva revascularización coronaria, mejorar la satisfacción de pacientes y profesionales, y optimizar la eficiencia de nuestro sistema sanitario.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos clínicos principales son:

- Educar a los pacientes y a sus cuidadores: autocuidado.



- Mantener un vínculo estable continuado con los pacientes.
- Optimizar el tratamiento y aumentar la adherencia terapéutica que controle los factores de riesgo y que evite la recurrencia.
- Adecuar la selección de técnicas innovadoras a aquellos pacientes que puedan beneficiarse.
- Tener identificados a los pacientes con cardiopatía isquémica crónica.
- Identificar el incumplimiento terapéutico, la falta de control adecuado de los factores de riesgo y los signos que permitan el tratamiento precoz de la recurrencia.
- Conseguir una mayor calidad de vida para los pacientes.
- Disminuir el número de reingresos.
- Necesidad de nueva revascularización.
- Disminuir el número de consultas innecesarias.
- Aumentar la supervivencia.

### Objetivos referidos a expectativas:

#### > Expectativas de los profesionales.

- Mejoría de la calidad asistencial minimizando la variabilidad injustificada de los comportamientos en el manejo clínico.
- Disponer de la información adecuada para la mejor gestión del caso facilitando la toma de decisiones.
- Ordenar la información clínica de modo que pueda ser explotada y consultada con acceso sencillo al control de los factores de riesgo de la enfermedad y diseño de alertas en el sistema de información que faciliten la intervención para el control (integrar sistemas de gestión del proceso).
- Facilitar la mejora continua en el conocimiento relacionado con el proceso.
- Mejorar la relación profesional y personal entre el personal sanitario implicado, el paciente y sus cuidadores de modo que redunde en un ambiente de trabajo mejorado.
- Conocer y mejorar finalmente los indicadores estructurales de proceso y de resultado que se determinen.

## > Expectativas del paciente, familiares y cuidadores.

El grado de cumplimiento de las expectativas deben ponerse de manifiesto a partir del resultado de **encuestas de experiencia** del paciente elaboradas para este propósito y accesibles en los sistemas de información tales como:

### **Cuestionarios de Satisfacción**

Para describir y evaluar la calidad de vida de los pacientes hay diferentes instrumentos disponibles, tales como:

- El cuestionario genérico EQ 5D 5L.
- En el estándar set de ICHOM<sup>15</sup>:
  - Cuestionario para Angina de Seattle (SAQ-7)
  - Rose Dyspnea Score
  - Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-2)
  - Índice de calidad de vida (QLI)
  - Cardiac Version IV
  - Cuestionario de Calidad de Vida Postinfarto MacNew QLMI

El momento en el que se deben explorar las expectativas del paciente y el grado de cumplimiento de las expectativas será determinado por los gestores responsables del proceso.

## **2.3 DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO**

---

Conjunto de actuaciones coordinadas dirigidas a realizar una detección y diagnóstico precoz, un tratamiento y seguimiento óptimos y una rehabilitación funcional adaptada a las necesidades de los pacientes con CIC. El proceso asistencial abarca a todos los profesionales que pueden intervenir en la atención de estos pacientes independientemente de su ámbito de atención (atención primaria, atención especializada y centros residenciales).

Se considerará toda la atención prestada desde el diagnóstico inicial confirmado en el ámbito hospitalario y entrada en el proceso hasta la salida según los criterios

definidos a continuación.

## 2.4 LÍMITES DEL PROCESO

---

### Límites de entrada:

- Paciente mayor de 18 años de la comunidad de Extremadura con diagnóstico confirmado de CIC de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes<sup>7</sup>.
- Paciente con diagnóstico previo de CIC en cualquiera de las fases de la enfermedad.
- Paciente asintomático con enfermedad coronaria identificada.

### Límite de salida:

- Traslado a otra comunidad autónoma.
- Fallecimiento del paciente.
- Entrada en otro proceso asistencial por situación de enfermedad avanzada con necesidades de enfoque terapéutico predominantemente paliativo, comorbilidades importantes o necesidades asistenciales complejas que aconsejan seguimiento por programa de pacientes crónicos complejos.
- Desarrollo de insuficiencia cardíaca, fundamentalmente con FEVI reducida, que precise entrada en el PAI de este proceso. En este caso el paciente podrá permanecer incluido en ambos procesos asistenciales, coordinándose la asistencia entre las distintas unidades y entornos asistenciales.

### Límites marginales:

- Paciente candidato a trasplante cardíaco o trasplantado.
- Pacientes con CIC compleja, con comorbilidades importantes o necesidades complejas en seguimiento por la unidad de crónico complejo pero que necesiten revisiones por cardiología por ser portadores de dispositivos (marcapasos, DAI o resincronizador), pasen al proceso de Insuficiencia cardíaca o mantengan isquemia no revascularizable.

## 3. DESTINATARIOS Y PROVEEDORES

### 3.1 DESTINATARIOS DEL PROCESO

---

El proceso asistencial integrado en CIC está dirigido a los siguientes destinatarios:

- Pacientes con diagnóstico confirmado de CIC.
- Familiares o cuidadores de pacientes con CIC.

### 3.2 PROVEEDORES DEL PROCESO

---

Serán los profesionales del SES y otras instituciones de carácter público o privado implicados en la asistencia sanitaria de pacientes con CIC:

- Médico de atención primaria.
- Médico cardiólogo.
- Médico internista.
- Médico geriatra.
- Médico de urgencias.
- Médico de centro residencial.
- Médico rehabilitador.
- Enfermera de atención primaria.
- Enfermera de atención hospitalaria.
- Enfermera de centro residencial.
- Enfermera gestora de casos.
- Fisioterapeuta.
- Farmacéuticos.
- Trabajador social de AP.
- Trabajador social de AE.

## 4. COMPONENTES DEL PROCESO

### 4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

Este PAI describe el modelo asistencial para los pacientes con sospecha y diagnóstico de CIC en el Servicio Extremeño de Salud. Comprende todas las actividades a realizar en los diferentes ámbitos asistenciales desde su inclusión, con el diagnóstico de la enfermedad, hasta su salida, por situación avanzada o complejidad que requiera un enfoque predominantemente sintomático, paliativo o que pasa a incluirse en otro proceso relacionado (PAI de Insuficiencia cardíaca).

#### Valoración e intervención social del paciente con cardiopatía isquémica como componentes transversal en proceso asistencial integrado de cardiopatía isquémica

La valoración social de los pacientes con cardiopatía isquémica es de gran importancia ya que hace efectiva una **atención integral**. La valoración social es clave en el tratamiento y prevención de la cardiopatía isquémica, y así la valoración social es una herramienta transversal de utilidad en todos los subprocesos de este PAI en cualquier momento de la vía clínica del paciente. Algunos de los factores sociales que pueden influir en esta patología incluyen el estilo de vida, el nivel socioeconómico, el apoyo social y la red de apoyo, la calidad de vida y la accesibilidad a los servicios de salud... Además, la valoración social también puede ser útil en la identificación de las necesidades específicas de los pacientes y en la planificación de intervenciones que promuevan su bienestar y calidad de vida.

Según la Revista CES Psicología, en su artículo “Los factores psicosociales implicados en la Cardiopatía Isquémica” señala que el apoyo social se relaciona con la salud, ya sea porque influye positiva o negativamente, es decir, puede relacionarse negativamente con el comienzo de enfermedades cuando la persona no dispone de un apoyo social significativo, o puede favorecer y facilitar la recuperación del paciente, cuando éste posee un buen apoyo social (Adler y Matthews, 1994, citado por Belloch, Sandin et Ramos 1995).

Destacar, que es imprescindible realizar una valoración integral desde el punto de vista **biopsicosocial**, dado que los pacientes con cardiopatía isquémica crónica presentan comorbilidades múltiples, que limitan las posibilidades terapéuticas y empeoran el pronóstico. Por lo tanto, además de los factores clínicos de riesgo de la enfermedad coronaria (tabaquismo, hipertensión, diabetes), es esencial tener en cuenta otros riesgos asociados, como la discapacidad/dependencia y la necesidad de soporte social. (Fuente: Revista Medicina de Familia. SEMERGEN. CIC en el anciano).

Por último, hay que señalar que, según la **ESTRATEGIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL SNS. (2006)** la rehabilitación cardíaca se centró en la mejoría de la capacidad funcional y en la reinserción del paciente, pero fue en 1973 cuando la Sociedad Internacional de Cardiología señaló que *«debe comprender todos los aspectos de los pacientes con cardiopatía isquémica: prevención de factores de riesgo y rehabilitación física, psicológica y social»* (International Society of Cardiology, 1973). Esta Estrategia, en su **recomendación técnica 5** señala lo siguiente:

*“Todos los pacientes deben recibir también a largo plazo el tratamiento integral más adecuado: dietético, farmacológico, psicológico, de ejercicio o actividad física y de apoyo social”.*

### **Crterios para la valoración social de paciente con CIC**

El abordaje interdisciplinar de un problema de salud entre profesionales de medicina, enfermería y trabajo social mejoraría el autocuidado de los pacientes, la adhesión al tratamiento reduciría el riesgo de recaídas y favorecería el seguimiento continuado de pacientes y de cuidadores/as principales, que requieren atención especial. La valoración social de pacientes con CIC se realizará tanto desde AP como desde AH, según el ámbito en el que se encuentren los/las pacientes y atendiendo a las guías y protocolos establecidos por el SES: “Organización y Funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud” y “Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria. Organización y Funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social Hospitalaria”. (**Anexo 5. Tablas 6 y 7**). Todas las actuaciones realizadas para llevar a cabo la valoración

social quedarán registradas en la Historia Social Digital (HSD) según modelos de Informe Social/Historia Social/SOAP establecidos en Jara.

Existe una fase previa a la valoración social clave para llevar a cabo la misma: el cribado de riesgo social. Esta fase la realiza el personal de enfermería, una vez esté incluido el/la paciente en el PAI de CIC y en los momentos indicados en las correspondientes fichas de actividad, para actuación en AP y en AH según el escenario en que se encuentre el/la paciente.

Si el paciente se encuentra hospitalizado, el cribado social se realizará durante el ingreso, previamente al alta hospitalaria, y lo más precozmente posible, (a ser posible entre las 24/72 h. del ingreso) con el objetivo de optimizar los cuidados que se han de llevar posteriormente en el domicilio, así como gestionar, lo más rápido posible, los recursos sociosanitarios que los/as pacientes puedan necesitar de cara a su alta hospitalaria. Es de especial importancia, en este momento concreto, la fase de transición hospital-domicilio (ver subproceso 3 transiciones) directamente relacionada con la Planificación del Alta Hospitalaria.

En el ámbito comunitario el cribado social se realizará tras el diagnóstico o, si el/la paciente ya tiene diagnóstico previo, en cualquier momento en el que los profesionales sanitarios perciban posibles factores de riesgo social y/o dependencia.

Para realizar el cribado de riesgo social se utilizará la escala de valoración sociofamiliar de Gijón (modelo abreviado) (**Anexo 5. Tabla 5**). En caso de detectar alto riesgo social, definido por una puntuación en la Escala de Gijón modificada mayor o igual a 10 puntos implicará la solicitud de valoración por el trabajador social (TS) del Equipo de Atención Primaria (EAP), mediante orden clínica, o Unidad de Trabajo Social Hospitalario (UTSH) mediante E-consulta. (Actualmente a través de E-dialogos).

Para realizar la valoración funcional de los pacientes en cuanto a la realización de actividades básicas de la vida diaria se utilizará el Índice de Barthel (**Anexo 5. Tabla 4**). Una puntuación menor o igual a 60 implicará la solicitud de valoración

por el TS del EAP o UTSH a través de orden clínica o E-consultas respectivamente.

Al realizar el cribado de riesgo social, que además de los indicadores de riesgo extraídos de las anteriores escalas, existen otros indicadores de riesgo social (**Anexo 5. Tabla 8**) que se pueden dar en pacientes con CIC y que pueden pertenecer a poblaciones de gran vulnerabilidad como pueden ser colectivo sin techo, inmigración, pacientes con adicción...

\* **Breve referencia de recursos:** Dentro de los recursos sociosanitarios existentes en nuestra Comunidad Autónoma merecen una breve mención, dada su naturaleza, las plazas residenciales de tipo sociosanitario (Camas T1-T2-T3). Una vez realizada la valoración social, y en aquellos casos donde se considere que el paciente va a requerir continuar en régimen de internamiento con atención sanitaria, por necesidades de cuidados intensos o continuados o con la atención social, por su situación de dependencia o de déficit de recursos sociales para sus autocuidados, se deberá solicitar la atención en centros sociosanitarios según necesidades individuales. Dependiendo de dichas necesidades se determinará la tipología adecuada para su transferencia (camas de perfil T1, T2 y T3). Esta gestión parte de las distintas UTS tras el estudio, valoración y diagnóstico social de la situación e irá canalizada, bien a la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES (camas T1) o al SEPAD (camas T2 y T3) según proceda.

## 4.2 DESCRIPCIÓN DE CADA SUBPROCESO

---

Para simplificar la descripción de la secuencia de actuaciones asistenciales que se incluyen en el proceso global, se contemplan 4 subprocesos de acuerdo con los diferentes contextos clínicos o fases en las que se desarrolla la enfermedad:

- **Subproceso 1:** Identificación, diagnóstico inicial y entrada en el proceso.
- **Subproceso 2:** Manejo y optimización terapéutica, seguimiento y salida del proceso de la CIC crónica.
- **Subproceso 3:** Manejo de las descompensaciones por recurrencia de sintomatología y transiciones asistenciales.



- **Subproceso 4:** Programas o Unidades de Rehabilitación cardíaca.

## **SUBPROCESO 1: IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO INICIAL Y ENTRADA EN EL PROCESO.**

La inclusión en el proceso asistencial requiere la confirmación del diagnóstico de CIC o de afectación vascular coronaria asintomática.

En la práctica habitual podemos establecer dos escenarios clínicos:

### **1. Paciente con diagnóstico de certeza de CIC:**

- Porque tiene un antecedente de síndrome coronario previo, o porque ya ha sido realizado pruebas diagnósticas o terapéuticas que confirman con certeza la presencia de cardiopatía isquémica crónica.
- En este punto encontraremos 2 subescenarios:
  - Paciente diagnosticado con menos de 1 año de evolución desde el evento agudo.
  - Paciente con más de 1 año de evolución desde el evento agudo.
- Los pacientes con diagnóstico previo de la enfermedad no necesitarán pasar por este proceso de evaluación inicial y confirmación diagnóstica, sino que, podrán ser incluidos en el PAI en cualquier fase de la enfermedad en la que se encuentren.

### **2. Pacientes con sospecha clínica de CIC:**

- Son pacientes que consultan por uno o más síntomas, más o menos típicos de CIC, y/o aquellos en los que identifiquemos, durante su exploración física o realización de pruebas complementarias, signos más o menos específicos de CIC.
  - Consultar: **Anexo 1. Tabla 1. Clasificación clínica para la sospecha de dolor torácico de origen cardíaco.**
- El algoritmo diagnóstico de pacientes con CIC, sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) de la European Society of Cardiology

(ESC)<sup>9</sup>.

- Ante la sospecha clínica de CIC, debemos realizar una valoración diagnóstica inicial, que incluya dos aspectos fundamentales: la historia clínica y la solicitud de pruebas complementarias iniciales valorando la probabilidad pretest de la presencia de cardiopatía isquémica a partir de los datos de la historia clínica y de la anamnesis.
- Se solicitarán o realizarán, dependiendo del entorno asistencial, las pruebas complementarias necesarias para añadir valor predictivo para diagnóstico de cardiopatía isquémica atendiendo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica y como se explicita en las tablas del Anexo 1.

- **Consultar: Anexo 1.**

- **Tabla 1. Clasificación clínica para la sospecha de dolor torácico de origen cardíaco.**
- **Tabla 2. Clasificación de la gravedad de la angina de esfuerzo según la Sociedad Cardiovascular Canadiense.**
- **Tabla 3. Pruebas bioquímicas en el manejo diagnóstico inicial de pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y nivel de evidencia.**
- **Tabla 4. Radiografía de tórax en el manejo diagnóstico inicial de pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendación y nivel de evidencia.**
- **Tabla 5. Indicaciones de uso de la monitorización electrocardiográfica ambulatoria (Holter) en el manejo diagnóstico inicial de pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y niveles de evidencia.**
- **Tabla 6. Recomendaciones de uso del Electrocardiograma en reposo en el manejo diagnóstico inicial de pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y niveles de evidencia.**
- **Tabla 7. Indicaciones de uso de Ecocardiografía en reposo y resonancia magnética cardíaca en el manejo diagnóstico inicial de pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y niveles de evidencia.**
- **Tabla 8. Uso del electrocardiograma de ejercicio (ergometría) en el**

**diagnóstico inicial de pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y niveles de evidencia.**

· **Figura 1. Cálculo de la probabilidad pre-test. Condiciones que afectan a la probabilidad calculada.**

- **Consultar: Anexo 2.**

· **Tabla 1. A quien hay que estratificar el riesgo mediante pruebas de isquemia.**

- **Consultar: Anexo 3.**

· **Tabla 1. Criterios de derivación a consultas para evaluación confirmación diagnóstica.**

Las distintas vías de ingreso en el proceso asistencial pueden ser:

- **A través de su médico de familia (AP):** el paciente, presentando síntomas de angina desde hace algún tiempo, o incluso con perfil agudo, decide consultar a su médico de familia.
- **Desde consultas del ámbito hospitalario no cardiológicas,** a través de la identificación de pacientes con cardiopatía isquémica crónica que no están incluidos en ningún programa específico de prevención secundaria o con sospecha de enfermedad coronaria.
- **Desde consultas de cardiología,** en el caso de pacientes con cardiopatía isquémica conocida en revisiones, pero que no están incluidos en el proceso asistencial de cardiopatía isquémica crónica (PAI CIC) o con sospecha de la misma en una primera consulta derivada desde otros ámbitos asistenciales (atención primaria o consultas hospitalarias distintas de cardiología).
- **Paciente hospitalizado por síndrome coronario agudo** que tras su alta hospitalaria pasa a incluirse a un programa de rehabilitación o no se incluye en este subproceso por no reunir criterios, pero debe ser incluido en el proceso general.

Tras haberse confirmado la sospecha diagnóstica inicial de cardiopatía isquémica y haberse procedido a la prescripción del tratamiento correspondiente, se procederá a un Programa de Rehabilitación Cardíaca (Subproceso 4) o, en caso de que no cumpla criterios, a un Programa de Seguimiento (Subproceso 2)

desde Consultas Externas de Atención Hospitalaria (AH) y/o Atención Primaria (AP), donde se continuará con la monitorización para el control de los factores de riesgo cardiovascular y se facilitará la reinserción sociolaboral del paciente.

La responsabilidad de realizar el registro inicial de sospecha clínica y situación funcional, según síntomas, factores de riesgo, comorbilidades del paciente y calidad de vida de estos, así como solicitar las pruebas complementarias necesarias para completar el diagnóstico dependerá del escenario clínico donde se asista e incluirá como responsables a los médicos del ámbito asistencial hospitalario (Cardiólogos, Internistas o Geriatras) y comunitario, tal como se explicita en la ficha de actividad correspondiente.

## **SUBPROCESO 2: MANEJO, SEGUIMIENTO Y SALIDA DEL PROCESO DE LA CIC CRÓNICA.**

El manejo y seguimiento de los pacientes diagnosticados de CIC corresponde a las diferentes especialidades médicas implicadas en el abordaje de esta enfermedad (cardiología, medicina interna, geriatría y medicina de familia).

### **> Objetivo del tratamiento y consideraciones generales.**

Los objetivos principales del tratamiento actual de la CIC son la reducción de los síntomas, la prevención de las descompensaciones y/o las recidivas de nuevos eventos isquémicos y la mejoría de la supervivencia. El tratamiento farmacológico de la CIC está respaldado con grandes ensayos clínicos y metaanálisis, en los que se ha demostrado beneficio clínico y pronóstico. La estrategia terapéutica farmacológica para conseguir los objetivos terapéuticos en prevención secundaria pasa por el uso **de fármacos hipolipemiantes, antihipertensivos, y antiagregantes plaquetarios**<sup>10</sup>. Además, según las características de la enfermedad y las comorbilidades presentes en el paciente, será necesario el uso de fármacos adicionales para controlar otros factores de riesgo muy prevalentes como la diabetes.

Sabemos que el control intensivo y global de los factores de riesgo cardiovascular

es demostradamente el mejor predictor de supervivencia y prevención de recurrencia de la enfermedad<sup>11</sup>. En este sentido hay que tener en cuenta que el hipercolesterolemia es el “factor etiológico” de la enfermedad cardiovascular<sup>12</sup>, siendo el resto de los factores de riesgo cardiovascular facilitadores que favorecen el inicio y desarrollo progresivo de la misma, tal como demuestran numerosos estudios<sup>10</sup>. Se debe diseñar una estrategia terapéutica hipolipemiente de forma precoz e intensiva, construida a partir de los fármacos con indicación IA (estatinas y ezetimiba), adaptándola de forma personalizada a los valores de hipercolesterolemia y objetivos de nuestro paciente en particular, y teniendo en cuenta el resto de las estrategias de prevención secundaria y las características personales, clínicas y sociales de nuestros pacientes. En definitiva, se recomienda seleccionar la intensidad del tratamiento según el riesgo CV de esa persona para obtener la reducción proporcional de cLDL recomendada. (Ver Anexo 4. Figura 1).

#### > Plan de seguimiento clínico.

El seguimiento clínico del paciente es responsabilidad de todos y cada uno de los agentes sanitarios implicados en la asistencia de los pacientes con CIC. El momento de la actuación y las tareas a realizar dependen de la situación clínica del paciente, sus características clínicas y el ámbito en el que se desarrolla la asistencia. Una vez que el paciente es incluido dentro del proceso, al cumplir con los correspondientes criterios, nos podemos encontrar en cualquiera de los siguientes escenarios ya descritos en el subproceso de inclusión:

- Paciente con ingreso reciente por SCA dado de alta hospitalaria.
- Paciente diagnosticado con menos de 1 año de evolución desde el evento agudo.
- Paciente con más de 1 año de evolución desde el evento agudo.

El calendario de visitas de seguimiento que se propone está adaptado de las Guías para el manejo del SCC de la Sociedad Europea de cardiología (Anexo 3. Figura 1).<sup>9</sup>

En cuanto a la responsabilidad de la asistencia, dependerá de las características clínicas del paciente, del momento en el que se realiza la asistencia de este modo se propone:

Durante el primer año después del evento habrá una responsabilidad compartida entre los ámbitos asistenciales, hospitalarios y comunitarios, que incluirá al médico hospitalario, el de familia, a los farmacéuticos, y a las enfermeras de ambos ámbitos asistenciales. Esta asistencia compartida se establecerá atendiendo a las fichas de actividad que se detallan en este apartado de seguimiento.

Más allá del primer año seguirán en seguimiento compartido aquellos pacientes con disfunción ventricular, persistencia de isquemia residual, que tengan necesidad de revisiones específicas en Cardiología por otra cardiopatía subyacente concomitante que precise revisión periódica, o porque sean portadores de dispositivos o están pendientes de algún tipo de intervención cardiológica (cirugía, implante de dispositivos etc.).

Los pacientes clínicamente estables con función ventricular normal, sin isquemia residual, completamente revascularizados, que no porten dispositivos, no tengan otra cardiopatía concomitante que suponga necesidad de seguimiento específico por Cardiología y tengan un adecuado control de factores de riesgo cardiovascular podrán realizar su seguimiento en el ámbito comunitario por parte de su médico de familia y enfermera de atención primaria para el control de factores de riesgo y educación sanitaria, así como para identificar síntomas de descompensación que recomienden la derivación al consultas del ámbito hospitalario.

Los criterios de salida del proceso están establecidos en el apartado introductorio.

### > Educación sanitaria y autocuidados.

Una clave del éxito que ha demostrado mejorar el pronóstico de los pacientes es la educación sanitaria y la instrucción en autocuidados, que debe integrarse de forma continua en el Plan de Atención Personalizado del paciente, junto al tratamiento farmacológico y al Plan de Intervención Social cuando lo necesite.

La enfermería, como protagonista y principal proveedor de la educación sanitaria, desempeña un papel fundamental en el manejo clínico y seguimiento de la CIC, trabajando en colaboración con otros profesionales del ámbito sociosanitario en todos los momentos del proceso, para proporcionar una atención integral al paciente.<sup>11,12</sup>

La falta de cumplimiento del tratamiento, de los consejos sobre la dieta y del reconocimiento de los síntomas suelen ser frecuentes y son la causa de una buena proporción de los reingresos por descompensación o nuevos eventos entre los pacientes con CIC. Por ello, es vital realizar un cribado de riesgo social a pacientes incluidos en el PAI, ya que está demostrada la relación existente entre la funcionalidad del ámbito sociofamiliar/apoyo social de los pacientes y un buen cumplimiento del tratamiento que corresponda. Este cribado de riesgo social se llevará a cabo por el personal de enfermería utilizando las escalas de Gijón (modelo abreviado. Consultar [Anexo 5. Tabla 5](#)) e Índice de Barthel. (Consultar: [Anexo 5. Tabla 4](#)) Según resultados de este cribado procederá, o no, a la derivación a la UTS que corresponda (AP/AE) para proceder a la valoración e intervención social tal y como se explica más adelante.

Si la enfermera es la protagonista en educación sanitaria y cuidados, los farmacéuticos deben desempeñar un papel fundamental en la conciliación, cumplimentación y adherencia terapéuticas, y en la seguridad del paciente, así que se detallan los programas que competen a cada uno.

### > **Plan de seguimiento farmacoterapéutico: conciliación de la medicación y seguridad del paciente.**

El plan de seguimiento farmacoterapéutico del paciente es relevante al trabajar en la seguridad del mismo, valorando la adherencia al plan farmacoterapéutico prescrito y mediante la conciliación de la medicación.

El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar, a lo largo de toda la atención sanitaria, que los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose que están

prescritos en la dosis, vía y frecuencias correctas, que se adecuan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en cualquier punto del sistema sanitario.

La conciliación de la medicación es un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la prescrita tras una transición asistencial o un traslado en el nivel asistencial, para analizar y resolver las discrepancias detectadas.

La práctica de la conciliación de medicamentos requiere:

1. Una revisión sistemática de los medicamentos que un paciente toma para garantizar que los medicamentos a añadir, cambiar o suspender se evalúan cuidadosamente para mantener una lista exacta.
2. Que esta lista exacta de los medicamentos esté disponible para el paciente o su familia/cuidador y todos los proveedores involucrados en el cuidado del paciente.

Se pueden considerar errores de conciliación a aquellas discrepancias o diferencias no justificadas clínicamente entre la medicación crónica habitual del paciente y la nueva prescripción después de una transición asistencial.

Entre ellas destacamos:

- La omisión de una medicación habitual necesaria para el paciente.
- La continuidad de una medicación innecesaria /prescripción no justificada de un medicamento que no necesita.
- La duplicidad terapéutica.
- Las prescripciones incompletas (en las que no se indica la dosis y posología)
- La no modificación o modificación de dosis / frecuencia y /o vía de administración.
- Las interacciones y contraindicaciones de algunos medicamentos con la nueva situación clínica del paciente, así como sus posibles reacciones adversas medicamentosas (RAM), participando en este último caso



en la comunicación efectiva de las mismas (sospechas) al sistema de Farmacovigilancia de la comunidad autónoma.

### > Cuidados y recomendaciones específicas de la enfermería.

**Se describen en los siguientes anexos:**

- **Anexo 5. Tabla 1.** Las recomendaciones para la modificación del estilo de vida y control de los factores de riesgo cardiovascular
- **Anexo 5. Tabla 3.** Plan de Cuidados de Enfermería

Las enfermeras del ámbito hospitalario y del ámbito comunitario deben estar coordinadas en el seguimiento para el plan de cuidados de enfermería, la educación sanitaria, la monitorización clínica de los síntomas de alerta de las descompensaciones y de la cumplimentación terapéutica, así como con las distintas Unidades de Trabajo Social, si se precisara tras el cribado de riesgo social. En el caso de la atención primaria, colabora con el médico de AP. El informe de enfermería de continuidad de cuidados es el documento base indispensable para esta coordinación sin menoscabo de otras herramientas de comunicación para ello. La frecuencia de visitas de enfermería es recomendable que se coordinen con las visitas médicas, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario, para evitar duplicidades de citas y confusión en los pacientes.

En definitiva, el manejo de la enfermedad mediante un seguimiento estructurado que incluye la educación del paciente y familiares, con atención especial al cumplimiento del tratamiento y comportamientos de autocontrol y autogestión de la enfermedad, la optimización del tratamiento médico, el apoyo psicosocial y la accesibilidad ordenada a los distintos profesionales sociosanitarios reducen la morbimortalidad, los ingresos hospitalarios, disminuyen el coste de los cuidados y mejora la calidad de vida de nuestros pacientes, y todo ello está en manos de una adecuada labor de enfermería integrada en el proceso.<sup>13</sup>

### **SUBPROCESO 3: MANEJO DE LAS DESCOMPENSACIONES POR RECURRENCIA DE SINTOMATOLOGÍA Y TRANSICIONES ASISTENCIALES.**

El abordaje del paciente con cardiopatía isquémica crónica precisa de una atención multidisciplinar que proporcione un apoyo individualizado y flexible a los pacientes. La clave para garantizar los cuidados del paciente se encuentra en la coordinación entre los distintos niveles asistenciales para que de esta forma consigamos una verdadera continuidad asistencial.

Las fases de transición de cuidados, especialmente la transición entre la fase aguda del paciente hospitalizado y el periodo post-alta hospitalaria suponen un periodo de vulnerabilidad debido a la recurrencia precoz de la enfermedad, probablemente en relación con el abandono del tratamiento debido a la aparición de efectos secundarios o a la falta de comprensión y compromiso con la enfermedad.

Por eso, se hace imprescindible obtener, mediante medidas de educación sanitaria y correcta coordinación entre ámbitos asistenciales, la comprensión del riesgo patológico y un adecuado compromiso terapéutico y de medidas higiénico-dietéticas, pudiendo intervenir de forma precoz ante dudas o sintomatología.

Las enfermeras son las principales responsables de llevar a cabo intervenciones educativas que abarcan la adherencia al tratamiento farmacológico, el asesoramiento conductual y apoyo para controlar los factores de riesgo cardiovascular y el estilo de vida. Además, dentro del papel de enfermería y para evitar que el componente psicosocial suponga un fracaso en la intervención, se deberá realizar un cribado de riesgo social y de realización de actividades básicas de la vida diaria mediante escala de valoración sociofamiliar de Gijón (modelo abreviado) e índice de Barthel. **(Anexo 5. Tablas 4 y 5).**

La **planificación del alta hospitalaria** cobra un papel fundamental en la fase de transición hospital-domicilio. Esta la llevan a cabo coordinadamente personal de medicina, enfermería y trabajo social, si procede, para que los pacientes tengan cubiertas todas sus necesidades (clínicas y sociales), en la medida de lo posible,

y de cara a su regreso al domicilio o centro sociosanitario, si fuera preciso.

#### **SUBPROCESO 4: PROGRAMAS O UNIDADES DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.**

Un programa de rehabilitación cardíaca se define como el “conjunto de intervenciones coordinadas y multidisciplinarias diseñadas para optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social de los pacientes con enfermedad cardíaca, además de estabilizar, enlentecer o incluso revertir la progresión de los procesos ateroscleróticos subyacentes, reduciendo así la morbimortalidad”.

Es importante recordar que cada programa de rehabilitación cardíaca se adapta a las necesidades específicas del paciente y su afección cardíaca. La duración de cada fase puede variar según la gravedad de la enfermedad y la respuesta individual del paciente al tratamiento.

Se recomienda la inclusión de los pacientes con CIC en programas de RH en los casos en los que esté disponible<sup>9</sup>.

Si no existe programa de rehabilitación cardíaca se debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico progresivo de forma habitual, adaptado a las características del paciente<sup>13</sup>.

Los programas de rehabilitación cardíaca comprenden una serie de intervenciones multidisciplinarias que se consideran básicas e imprescindibles, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la morbimortalidad<sup>14</sup>. Estas intervenciones incluyen a profesionales de diversos ámbitos sanitarios y pivotan sobre un relevante papel de la enfermería y fisioterapia<sup>15,16,17</sup>, incluyendo las siguientes tareas:

1. Examen de los factores de riesgo de aterosclerosis, con programas individuales para el control de tabaco, lípidos, hipertensión arterial, obesidad y diabetes.
2. Entrenamiento físico personalizado.
3. Realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de las alteraciones

psicológicas.

4. La valoración y tratamiento de las alteraciones a nivel sexual.
5. La confirmación y consecución de la correcta prescripción de los fármacos recetados por los cardiólogos responsables del enfermo.
6. La realización de una valoración de la situación sociolaboral del paciente y su entorno, así como un consejo/recomendación sobre su vuelta al trabajo.
7. La adherencia, esto es, conseguir el mantenimiento de las anteriores medidas a medio y largo plazo.

Los criterios de inclusión en un programa de rehabilitación cardíaca:

- **Consultar: Anexo 7. Tabla 2. Criterios de inclusión en un programa de rehabilitación cardíaca establecidos por la Sociedad Española de Cardiología.**

El proceso de derivación a un programa de rehabilitación cardíaca:

- **Consultar: Anexo 7. Tabla 3. Proceso de derivación al programa de rehabilitación cardíaca.**

Flujograma completo del proceso:

- **Consultar: Anexo 7. Figura 1. Flujograma de seguimiento del programa de rehabilitación cardíaca.**

## 5. FICHAS DE ACTIVIDAD

### 5.1 SUBPROCESO 1: IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO INICIAL Y ENTRADA EN EL PROCESO.

QUÉ	QUIÉN	CÓMO	
Detección del paciente con sospecha de CIC	Profesionales de medicina y enfermeras de atención primaria, centros residenciales (CR) y hospital	Ficha de actividad 1.1	
Valoración integral del paciente			
Cuidados y medidas higiénico-dietéticas iniciales de prevención cardiovascular			Enfermeras de los ámbitos de AP / CR y hospital
Plan terapéutico inicial			Profesionales de la medicina de los ámbitos de AP / CR y hospital
Derivación a atención especializada para diagnóstico de certeza			
Recepción de la solicitud y reevaluación del paciente	Profesionales de la cardiología Profesionales que atienden consultas hospitalarias no cardiológicas encargadas de la recepción de casos de sospecha de CIC (Medicina Interna / Geriátría)	Ficha de actividad 1.2	
Realización o solicitud de las pruebas de confirmación diagnóstica y estratificación pronóstica			
Confirmación diagnóstica, estratificación pronóstica y plan terapéutico			
Inclusión en el PAI			

QUÉ	QUIÉN	CÓMO
Valoración clínica del paciente con CIC conocida e inclusión en el PAI	Profesionales de la medicina de los ámbitos de AP / CR y hospital	Ficha de actividad 1.3

**FICHA DE ACTIVIDAD 1.1: DETECCIÓN Y GESTION CLÍNICA INICIAL DEL PACIENTE CON CIC DESDE DISTINTOS AMBITOS ASISTENCIALES.**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Identificación de personas con sospecha de CIC</b>	Médico y enfermera de AP y CR	Ante consulta por síntomas y/o signos de CIC, en la anamnesis / exploración de personas con alto riesgo cardiovascular o de otras patologías	Mediante la anamnesis dirigida a definir síntomas de CI y la realización de ECG de reposo de 12 derivaciones, además de identificando pacientes ya diagnosticados de CIC, a partir de datos en su historia clínica, y no incluidos en el PAI, para su inclusión y seguimiento. <b>Anexo 1. Tabla 1. Clasificación clínica tradicional para la sospecha de síntomas anginosos.</b> <b>Anexo 1. Tabla 6: Recomendaciones de uso del ECG en reposo para el manejo diagnóstico inicial.</b>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Valoración de antecedentes de interés para la predicción de padecer CIC</b>	Médicos de AP / CR y Hospitalarios	Presencia de síntomas y/o signos de sospecha	Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares de patología CV.</li> <li>• Factores de riesgo CV: Edad, HTA, dislipemia, tabaquismo, diabetes.</li> <li>• Comorbilidades.</li> <li>• Situación funcional (ABVD, valoración cognitiva, riesgo social).</li> <li>• Tratamiento farmacológico actual.</li> </ul>
<b>Caracterización de la clínica anginosa y/o equivalentes anginosos</b>	Médicos de AP / CR y Hospitalarios	Presencia de síntomas y/o signos de sospecha	Caracterización de la clínica anginosa (o equivalentes): desencadenantes, localización, duración, síntomas acompañantes, evolución temporal.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Valoración del riesgo de padecer la enfermedad y gravedad de esta</b></p>	<p>Médicos de AP / CR y Hospitalarios</p>	<p>Síntomas y/o signos compatibles con CIC</p>	<p>Cálculo de la probabilidad pretest. <b>Anexo 1. Tabla 10. Probabilidades previas a la prueba de enfermedad arterial coronaria obstructiva en 15.815 pacientes sintomáticos según la edad, el sexo y la naturaleza de los síntomas en un análisis agrupado de datos contemporáneos.</b> Clasificación de la gravedad de la angina de esfuerzo. <b>Anexo 1. Tabla 2. Clasificación de la gravedad de la angina de esfuerzo según la Sociedad Cardiovascular Canadiense.</b> Los pacientes con angina III-IV deben de ser derivados al servicio de urgencias.</p>
<p><b>Exploración física</b></p>	<p>Médicos y enfermeras de AP / CR / Hospital</p>		<p>Búsqueda de signos de enfermedad vascular en otros territorios vasculares (cerebral, EEII) Y comorbilidades acompañantes <b>Guía ESC 2019 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios crónicos</b> <sup>9</sup>.</p>



ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Pruebas complementarias</b></p>			<p>Bioquímica (perfil metabolismo hidrocarbonado y lipídico, hepático y renal), hemograma, orina (albuminuria).</p> <p>- Anexo 1. Tabla 3. Tomada de la Guía ESC 2019 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios crónicos <sup>9</sup>.</p> <p>ECG si no lo tenía realizado.</p> <p>- Anexo 1. Tabla 6. Recomendaciones de uso del ECG en reposo para el manejo diagnóstico inicial. <sup>9</sup></p> <p>Rx tórax según criterios.</p> <p>- Anexo 1. Tabla 4. Radiografía de tórax en el manejo diagnóstico inicial de pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendación y nivel de evidencia. <sup>9</sup></p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Plan de cuidados inicial: medidas higiénico-dietéticas para la reducción del RCV</b></p>	<p>Enfermeras AP / CR / Hospital</p>	<p>Paciente con diagnóstico de sospecha de CIC</p>	<p>Consejos de hábitos de vida cardiosaludables a todos y cumplimiento del tratamiento terapéutico prescrito para reducir el riesgo cardiovascular en función del riesgo cardiovascular del paciente</p>
<p><b>Plan terapéutico farmacológico inicial</b></p>	<p>Médicos de AP / CR / Hospital</p>	<p>Paciente con diagnóstico de sospecha de CIC</p>	<p>Prescripción de fármacos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliviar los síntomas. <b>Anexo 4. Tabla 1. Fármacos para el tratamiento de los síntomas de angina.</b> <sup>9</sup></li> <li>• Que prevengan episodios de SCA. <b>Anexo 4. Tabla 2. Recomendaciones farmacológicas para la prevención de eventos.</b> <sup>9</sup></li> </ul> <p>Educación a los pacientes sobre síntomas de alerta y actitud ante los mismos.</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Derivación a Consulta con atención especializada (cardiología o Medicina Interna) para confirmación diagnóstica y plan terapéutico</b>	Médicos de AP / CR y Hospitalarios	Paciente con diagnóstico de sospecha de CIC subsidiario de optimización de tratamiento / revascularización	Mediante e-consulta con descripción detallada de los resultados de la anamnesis, exploración, pruebas complementarias y tratamiento prescrito, incluyendo como diagnóstico de sospecha cardiopatía isquémica. <b>Anexo 3. Tabla 1. Criterios de derivación a consultas para evaluación confirmación diagnóstica.</b> <sup>9</sup>

**FICHA DE ACTIVIDAD 1.2: DIAGNOSTICO DE CERTEZA, CLASIFICACIÓN DEL RIESGO E INCLUSIÓN EN PAI. PLAN TERAPEUTICO.**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Recepción y valoración de e-consulta para confirmación diagnóstica de CIC</b>	Jefes Servicio / Sec. de cardiología, med. Interna o geriatría.	Gestión e-consultas: Planificación consultas externas	Comprobación de los requisitos de calidad para la derivación, riesgo de evento según la información aportada, distribución de las solicitudes en el servicio o rechazo temporal por falta de información.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Reevaluación del paciente y confirmación de la información clínica aportada</b>	Médico hospitalario de cardiología, med. Interna o geriatría.	Tras la derivación y evaluación previa de la e-consulta	Anamnesis, exploración física, prueba de imagen ecocardiografía en pacientes seleccionados. Evaluación de las pruebas complementarias aportadas.
<b>Solicitud de las PC no invasivas para la confirmación diagnóstica</b>	Médico hospitalario de cardiología, med. Interna o geriatría.	Tras la confirmación de la sospecha diagnóstica	Ecocardiograma de reposo, Cardio RM, TAC coronario. Otras pruebas funcionales: Ecocardiograma de estrés, Cardiología nuclear, ergometría, otras pruebas de imagen funcional. <b>Anexo 1. Tabla 8. Uso del electrocardiograma de ejercicio (ergometría) en la primera consulta para la confirmación del diagnóstico y evaluación de la severidad de las lesiones/estratificación del riesgo de la enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y niveles de evidencia.</b> <b>Anexo 1. Tabla 9. Uso de pruebas diagnósticas por imagen en el manejo diagnóstico inicial de pacientes sintomáticos con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y niveles de evidencia. <sup>9</sup></b>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Solicitud de PC invasivas: Coronariografía</b>	Cualquier Médico hospitalario, previa consulta con el servicio de cardiología si es preciso	Cuando exista alta probabilidad de EC grave, síntomas refractarios o al mínimo esfuerzo, alto riesgo de evento o disfunción del VI	Solicitud a la unidad de hemodinámica de referencia (Badajoz, Mérida, Cáceres). <b>Anexo 1. Tabla 9. Uso de pruebas diagnósticas por imagen en el manejo diagnóstico inicial de pacientes sintomáticos con sospecha de enfermedad arterial coronaria. Recomendaciones y niveles de evidencia.</b>
<b>Realización de la estratificación del riesgo del paciente</b>	Cualquier Médico hospitalario, previa consulta con el servicio de cardiología, si es preciso	Una vez realizada la evaluación clínica y obtenidos los resultados de las PC funcionales y/o anatómicas.	Según se expone en las siguientes tablas: - Anexo 2. Tabla 1. A quien hay que estratificar el riesgo mediante pruebas de isquemia. <sup>9</sup> - Anexo 2. Tabla 2. Definiciones de alto riesgo de eventos para diferentes modalidades de prueba en pacientes con síndromes coronarios crónicos establecidos. <sup>9</sup> - Anexo 2. Tabla 3. Estratificación del riesgo mediante coronariografía invasiva y no invasiva en pacientes con cardiopatía isquémica estable. <sup>9</sup>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Inclusión del paciente en el PAI</b>	Médicos de AP, CR y hospital. (cardiología, medicina interna, geriatría).	Tras valoración integral del paciente y confirmación del diagnóstico de certeza de cardiopatía isquémica.	Acceso a la herramienta de inclusión en Procesos Asistenciales de JARA Asistencial, completando el cuestionario de entrada.

### FICHA DE ACTIVIDAD 1.3: VALORACIÓN DEL PACIENTE CON CIC YA CONOCIDA E INCLUSION EN PAI.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Identificación en consulta de pacientes con CIC ya conocidas</b>	Médico y enfermera de AP. Médico de CR (SEPAD). Médicos y enfermeras hospitalarios.	En consultas ordinarias relacionadas con la enfermedad o por otros motivos	Revisando la HCD: antecedentes personales, problemas de salud, documentos clínicos de AE
<b>Comprobación de que todo paciente con antecedentes de CÍC está incluido en el PAI</b>	Médico y enfermera de AP. Médico de CR (SEPAD). Médicos y enfermeras hospitalarios	Paciente con antecedentes de IAM, SCA o angina de pecho previa	Confirmando, mediante visualización de esta condición, en los botones de acceso y columnas informativas sobre procesos asistenciales (JARA asistencial)

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Caracterización actual de la clínica anginosa y/o equivalentes</b>	Médicos de AP / CR y Hospitalarios		Realizando una detallada anamnesis de la clínica anginosa actual (o equivalentes): desencadenantes, localización, duración, síntomas acompañantes, evolución temporal, etc.
<b>Valoración de la gravedad</b>	Médicos de AP / CR y Hospital.		Clasificación de la gravedad de la angina de esfuerzo. <b>Anexo 2. Tabla 2. Definiciones de alto riesgo de eventos para diferentes modalidades de prueba en pacientes con síndromes coronarios crónicos establecidos.</b>
<b>Valoración de la necesidad de revisión especializada</b>	Médicos de AP / CR y Hospital.	Cambios en la clínica que necesite de nuevas pruebas complementarias y/o optimización tratamiento.	Realizando E-consulta a cardiología con descripción detallada de los resultados de la anamnesis, exploración, pruebas complementarias, tratamiento prescrito actual y motivo de la derivación. Hacer la valoración de la necesidad de atención hospitalizada, realizando una e-consulta al servicio de cardiología. Los pacientes con angina III-IV deben de ser derivados al servicio de urgencias

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Inclusión del paciente en el PAI</b>	Médicos de AP/CR y hospital. (cardiología, medicina interna, geriatría).	Tras valoración integral del paciente y confirmación del diagnóstico de certeza de cardiopatía isquémica.	Accediendo a la herramienta de inclusión de Procesos Asistenciales de JARA Asistencial, completando el cuestionario de entrada al PAI habilitado en JARA.

## 5.2 SUBPROCESO 2: MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA CIC.

QUÉ	QUIÉN	CÓMO
Objetivos y Plan terapéutico	Profesionales de medicina del ámbito hospitalario	<a href="#">Ficha de actividad 2.1</a>
Valoración y Plan de cuidados	Enfermeras de AP, AH, centros residenciales y Unidades de Trabajo Social (UTS) si procede	<a href="#">Ficha de actividad 2.3</a>
Plan de seguimiento	Profesionales de medicina y enfermeras de AP, AH y centros residenciales	<a href="#">Ficha de actividad 2.2</a>
Salida del proceso asistencial	Profesionales de medicina hospitalaria, de cuidados paliativos y de AP	<a href="#">Ficha de actividad 2.2</a>



## FICHA DE ACTIVIDAD 2.1. OBJETIVOS Y PLAN TERAPÉUTICO.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Definir objetivos clínicos alcanzables con el paciente</b>	Médico responsable del paciente en el ámbito hospitalario	Tras la valoración global, el diagnóstico de certeza y la estratificación de riesgo del paciente	Identificando las necesidades del paciente y una vez escuchada sus preferencias. Prescribir eliminación de hábitos de vida insanos y definir cifras objetivo de los factores de riesgo.
<b>Selección del tratamiento más apropiado para controlar los síntomas y prevenir eventos.</b>	Médico responsable del paciente en el ámbito hospitalario	Tras definir los objetivos a alcanzar	Mediante acuerdo con el paciente y/o familia y una vez informados de las posibilidades terapéuticas (Toma de decisiones compartidas).
<b>Revascularización</b>	Médico responsable del paciente en el ámbito hospitalario	Si cumple criterios de revascularización y el paciente da su consentimiento	Mediante e-consulta a la unidad o servicio correspondiente. Criterios para ICP y CABG en la CIC según Guía Europea de la ESC.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Médico responsable del paciente en el ámbito hospitalario	Tras la valoración global, el diagnóstico de certeza y la estratificación de riesgo del paciente	Atendiendo a las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología en las Guías de práctica clínica del Síndrome coronario crónico. - <b>Anexo 4. Tabla 1. Fármacos para el tratamiento de los síntomas de angina</b> - <b>Anexo 4. Tabla 2. Recomendaciones farmacológicas para la prevención de eventos</b> - <b>Anexo 4. Figura 1. Algoritmo para el abordaje del tratamiento hipolipemiente.</b>
<b>Tratamiento rehabilitador</b>	Médico responsable del paciente en el ámbito hospitalario	Si cumple criterios para rehabilitación, el paciente acepta y muestra compromiso	Consultar el Subproceso 4: Programas o Unidades de Rehabilitación cardíaca.
<b>Identificación de situaciones especiales</b>	Cardiología, medicina interna (MI), geriatría y medicina de AP	Tras el diagnóstico de CIC	Identificando y registrando a pacientes con CIC que requieran de una colaboración multidisciplinar y una adaptación de su manejo clínico y terapéutico

## FICHA DE ACTIVIDAD 2.2. PLAN DE SEGUIMIENTO.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Elaboración de un plan de seguimiento inicial</b></p>	<p>Profesional médico hospitalario responsable del paciente</p>	<p>Tras inicio del plan terapéutico hasta conseguir la estabilidad clínica</p>	<p>Visita presencial en consultas externas / video-consultas / contactos telefónicos. Frecuencia mínima: 1ª visita al mes y posteriores cada 3 meses. Podrá incrementarse la frecuencia de visita en función de las características clínicas del paciente, de sus síntomas, de su riesgo y de la dificultad de su manejo y evolución de la patología hasta alcanzar la estabilidad clínica</p> <p><b>Anexo 3. Figura 1. Variables a monitorizar y frecuencia de medición de las mismas durante el seguimiento inicial del paciente con CIC. <sup>9</sup></b></p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Seguimiento inicial en fase de estabilidad</b></p>	<p>Unidad básica asistencial de AP de forma compartida con AE</p>	<p>Tras el diagnóstico y tratamiento inicial de CIC, una vez en situación de estabilidad y con menos de 1 año de evolución de la enfermedad</p>	<p>Cumpliendo con la periodicidad siguiente en el seguimiento: Al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses <b>Anexo 3. Figura 1. Variables a monitorizar y frecuencia de medición de las mismas durante el seguimiento del paciente con CIC en fase de estabilidad.</b> Visitas y controles por enfermería según grado de control de las variables a monitorizar.</p>
<p><b>Seguimiento posterior en fase de estabilidad</b></p>	<p>Unidad básica asistencial de AP</p>	<p>Tras el diagnóstico y tratamiento inicial de CIC, una vez en situación de estabilidad y pasado 1 año desde el evento cardiovascular</p>	<p>El seguimiento se realizará cada 6 meses, pudiendo individualizar los tiempos en función de las características de los pacientes. Visitas y controles por enfermería según grado de control de las variables a monitorizar. <b>Anexo 3. Figura 1. Variables a monitorizar y frecuencia de medición de las mismas durante el seguimiento del paciente con CIC en fase de estabilidad.</b></p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Consulta entre especialidades</b></p>	<p>El responsable principal del paciente hasta la fecha (AP o AH)</p>	<p>Ante dudas clínicas justificadas o necesidad de nuevas pruebas diagnósticas y/o nuevas opciones terapéuticas</p>	<p>Cumplimentando el trámite de derivación: la derivación entre las diferentes especialidades se realizará mediante una e-consulta / e-diálogo</p> <p>Para la derivación se seguirán los criterios expuestos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anexo 1. Tabla 10. Probabilidades previas a la prueba de enfermedad arterial coronaria obstructiva. <sup>9</sup></li> <li>- Anexo 3. Tabla 1. Criterios de derivación a consultas para evaluación confirmación diagnóstica. <sup>9</sup></li> </ul>
<p><b>Valoración de la necesidad de continuidad en el PAI</b></p>	<p>Médicos de AP, referente hospitalario o de cuidados paliativos</p>	<p>Aparición de comorbilidad extracardíaca que condiciona nuevas necesidades asistenciales y/o condicionan el pronóstico</p>	<p>Valoración multidimensional de necesidades incluidas paliativas (NECPAL+ y pronóstico de vida limitado).</p> <p>Valoración situación cognitiva o de dependencia grave con vida muy limitada para las ABVD (Barthel).</p> <p>Excluir del PAI de CIC y valorar inclusión en PAI del Paciente Crónico Complejo</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
	Médicos de referencia hospitalarios	Aparición de nuevas patologías cardiacas que condicionan seguimiento (insuficiencia cardiaca, patología valvular, necesidad de trasplante, ...)	Salida del PAI para seguimiento específico del resto de patologías cardiacas. En el caso de asociación con insuficiencia cardiaca puede permanecer en ambos PAI según consideren la unidad correspondiente
<b>Salida del paciente del PAI</b>	Profesionales de medicina y enfermeras de AH (cardiología, Med. Int, Geriatria), AP y ESCP	Ante necesidades mejor cubiertas por otros PAI, comorbilidad cardiaca que exige otro tipo de seguimiento por cardiología, traslado de comunidad o exitus	Herramienta de salida de PAI (JARA Asistencial)

### FICHA DE ACTIVIDAD 2.3. VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Valoración integral</b>	Enfermera Atención Hospitalaria (AH)	Tras diagnóstico de certeza de la enfermedad y estratificación del riesgo	Realización de una evaluación detallada del paciente según los Patrones de Marjori Gordon ( <b>Anexo 5 Tabla 2</b> ) y su historial clínico para identificar los factores de riesgo de la CIC y para monitorizar los signos y síntomas de la enfermedad.
<b>Valoración Integral</b>	Enfermera del Centro Residencial (CR) y/o enfermera de Atención Primaria (AP)	Tras la inclusión en el PAI	Valoración del paciente siguiendo los Patrones funcionales de M. Gordon ( <b>Anexo 5 Tabla 2</b> )
<b>Realización de cribado de riesgo social</b>	Enfermería AP/AE/CR	Tras inclusión en el PAI	Mediante la escala de valoración sociofamiliar de Gijón (modelo abreviado). <b>Anexo 5. Tabla 5. Mediante Índice de Barthel. Anexo 5. Tabla 4</b>
<b>Valoración e intervención Social</b>	Unidad de Trabajo Social (UTS) que corresponda (AP/AH)	Tras cribado de riesgo social, si se obtiene puntuación en escala de Gijón abreviada > 10 o < 60 en escala de Barthel	Mediante protocolos establecidos en guías de organización y funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en AP/AH. <b>Anexo 5. Tablas 6 y 7</b>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Elaboración del Plan de Cuidados</b>	Enfermera de: AH, CR Y AP	Tras la valoración integral	Realización del Plan de Cuidados definiendo la situación del paciente, las necesidades no cubiertas y los objetivos a alcanzar, previamente consensuado con el paciente y/o familiares, cuidadores (alianza terapéutica), fomentar un estilo de vida saludable y realizar control de los factores de riesgo cardiovascular ( <b>Anexo 5 Tabla 1</b> )
<b>Evaluación adherencia terapéutica</b>	Farmacéutico del E.A.P y FEA Farmacia Hospitalaria. Enfermería familiar y comunitaria.	Tras cualquier transición asistencial	Se valorarán los determinantes que pueden influir en la adherencia a las recomendaciones médicas prescritas.
<b>Revisión/ Conciliación de la medicación.</b>	Farmacéutico del E.A.P y FEA Farmacia Hospitalaria.	Tras cualquier transición asistencial	Se realizará una revisión del régimen terapéutico del paciente con el objetivo de aumentar los beneficios en salud y minimizar los riesgos asociados a los medicamentos: identificación de posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos: PRM, así como analizar y resolver las discrepancias detectadas (conciliación)20 y posibles RAMs que se pudieran detectar.



### 5.3 SUBPROCESO 3: MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA CIC.

QUÉ	QUIÉN	CÓMO
Intervención en el ámbito o entorno comunitario y transición al hospitalario	El médico clínico responsable del seguimiento inicial del paciente en AP	Ficha de actividad 3.1
Intervención intrahospitalaria	El médico de planta: Cardiólogo, Geriatra o Internista a cargo del cual haya ingresado el paciente, enfermería de AH y UTSH sin riesgo social	Ficha de actividad 3.2
Transición entre hospital y domicilio	Enfermeras del Hospital y de AP, UTS (AP/AH)	Ficha de actividad 3.3
Seguimiento en domicilio	Enfermeras del Hospital y de AP	Ficha de actividad 3.3

**FICHA DE ACTIVIDAD 3.1: MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LAS DESCOMPENSACIONES POR RECURRENCIA DE SINTOMATOLOGÍA.**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Identificación y diagnóstico de los casos con mayor gravedad y urgencia</b></p>	<p>El médico clínico responsable del seguimiento inicial del paciente en AP</p>	<p>En el momento del diagnóstico de la descompensación</p>	<p>Evaluación clínica, registro electrocardiográfico y determinación de marcadores biológicos de daño miocárdico, como la troponina.</p> <p>Priorizar la atención de los pacientes que presentan síntomas típicos anginosos: Si se sospecha que el paciente padece un síndrome coronario agudo o las molestias anginosas sean de mínimos esfuerzos o de reposo el paciente (grados III/IV) deberá ser enviado a urgencias y entrará en el proceso de SCA.</p> <p>Si la molestia anginosa es de esfuerzo en grado I o II de la clasificación canadiense el paciente deberá tener un acceso prioritario para estudio en consulta de cardiología para su adecuado diagnóstico, estratificación pronóstica y tratamiento. En menos de 15 días.</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Transferencia a consultas externas de Cardiología para evaluación del paciente con diagnóstico de descompensación</b></p>	<p>El médico clínico responsable del seguimiento inicial del paciente en AP</p>	<p>En el momento del diagnóstico de la descompensación</p>	<p>Mediante la realización de la correspondiente e-consulta de forma preferente conteniendo el motivo de la sospecha, la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias que apoyen a la misma.</p>
<p><b>Transferencia al Servicio de Urgencias hospitalaria ante la sospecha de descompensación grave por angina de grado II/IV o SCA</b></p>	<p>Equipo sanitario y conductor del transporte</p>	<p>En el momento del diagnóstico de la descompensación</p>	<p>Mediante contacto telefónico con el 112 para el traslado y mediante la activación del código infarto en el caso de SCACEST. La evaluación y manejo clínico inicial no difiere entre el ámbito prehospitalario y el hospitalario, debiendo realizarse simultáneamente a la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento como se describe en: <a href="#">Anexo 4. Tabla 1. Fármacos para el tratamiento de los síntomas de angina.</a></p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Evaluación inicial en urgencias y clasificación del paciente</b>	Enfermeras y personal médico de Urgencias. Cardiólogo de guardia.	Cuando el paciente llega a urgencias en la consulta de triaje	Establecer una prioridad de atención y ubicarlo en el nivel correspondiente (consulta, sala de tratamiento, observación de urgencias, box de RCP, UCI...)  Clasificación del paciente: <b>Anexo 2. Tabla 4. Sistema de Triage Manchester.</b>
<b>Llevar al paciente al lugar adecuado para la intervención correspondiente</b>	Celadores y Enfermeras de Urgencias	A la mayor brevedad posible	En cada centro, en función de la estructura y de la organización, deben de existir vías clínicas perfectamente definidas de forma que: Los pacientes con emergencias, que pasen directamente a la sala de emergencias / box de soporte vital / UCI Los enfermos con urgencias graves a la sala de observación Los pacientes con urgencias menos graves a consultas o salas de tratamiento

## FICHA DE ACTIVIDAD 3.2: INTERVENCIÓN HOSPITALARIA.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Recepción en planta, Identificación del paciente y primera valoración</b>	Enfermeras. Cardiólogo de Guardia/ Médicos hospitalarios responsables de la atención	Al ingreso hospitalario	Consultar: <b>Anexo 3. Tabla 2. Variables a monitorizar en el ingreso de un paciente con SCC.</b> <b>Anexo 5. Tabla 2. Patrones funcionales de M. Gordon</b> <b>Anexo 5. Tabla 3. Plan de Cuidados de Enfermería.</b>
<b>Valoración inicial</b>	El médico de planta: Cardiólogo, Geriatra o Internista a cargo del cual haya ingresado el paciente.	Al ingreso hospitalario	Historia clínica, anamnesis, exploración física, revisión historia digitalizada
<b>Confirmación diagnóstica</b>	El médico de planta: Cardiólogo, Geriatra o Internista a cargo del cual haya ingresado el paciente.	Durante la hospitalización	Valoración clínica completa, síntomas y signos, pruebas básicas, diagnóstico diferencial.
<b>Estratificación del riesgo</b>	El médico de planta: Cardiólogo, Geriatra o Internista a cargo del cual haya ingresado el paciente.	Durante la hospitalización	Realizando la valoración clínica, de escalas de riesgo, y pruebas complementarias: ecocardiografía de reposo, pruebas de estrés, TAC coronario, coronariografía y pruebas funcionales invasivas.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Valorar indicación de revascularización percutánea / quirúrgica</b>	El médico de planta: Cardiólogo, Geriatra o Internista a cargo del cual haya ingresado el paciente con apoyo del Cardiólogo si es preciso.	Durante la hospitalización	En función de los síntomas, la estratificación de riesgo y la anatomía coronaria.
<b>Tratamiento médico</b>	El médico de planta: Cardiólogo, Geriatra o Internista a cargo del cual haya ingresado el paciente con apoyo del Cardiólogo si es preciso.	Al ingreso y durante la hospitalización	Antiagregación, anticoagulación, tratamiento anti isquémico, estatinas y tratamiento de las comorbilidades.
<b>Reevaluación periódica del paciente</b>	Enfermeras por turno, y en cualquier momento a demanda si hay cambios clínicos.	Durante el ingreso hospitalario	Revaloración y realización del PAE (Plan de Cuidados)

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Realizar intervenciones educativas sobre la CIC</b></p>	<p>Enfermeras y Médico responsable de hospitalización.</p>	<p>Durante el ingreso hospitalario</p>	<p>La enfermera realizará una primera intervención en la que el objetivo fundamental será iniciar a paciente, familiares y/o cuidador en el conocimiento básico de su enfermedad y las recomendaciones en autocuidado atendiendo a lo contemplado en:  <b>Anexo 5. Tabla 1. Las recomendaciones de enfermería para la modificación del estilo de vida y control de los factores de riesgo cardiovascular</b>  <b>Anexo 5. Tabla 3. Plan de Cuidados de Enfermería.</b></p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Realización de un cribado de riesgo social y valoración de realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).</b></p>	<p>Personal de enfermería</p>	<p>Durante el ingreso hospitalario, a ser posible, entre las primeras 24/72 horas.</p>	<p>Riesgo social: mediante la escala de valoración socio-familiar de Gijón (versión abreviada) Consultar: <b>Anexo 5. Tabla 5.</b></p> <p>Valoración de dependencia: mediante escala de actividades básicas de la vida diaria. Índice de Barthel.</p> <p>Consultar: <b>Anexo 5. Tabla 4.</b></p> <p>Estas escalas detectan la necesidad de <b>valoración social precoz</b> por parte de la UTSH a fin de no retrasar el alta.</p>
<p><b>Derivación a la UTSH en caso de riesgo social y/o situación de dependencia grave.</b></p>	<p>Medicina de AE /Enfermería de AE</p>	<p>Durante el ingreso hospitalario, de forma precoz, desde el primer día de hospitalización que se identifique la necesidad</p>	<p>Mediante E- consultas. (Actualmente E-dialogos). Garantizando la coordinación sociosanitaria adecuada para una buena transición de cuidados al alta, tanto domiciliaria como en centros sociosanitarios, si es el caso.</p>



ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Valoración e intervención social</b>	UTSH	Tras derivación de medicina y/o enfermería	Según protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares. <b>Anexo 5. Tabla 7.</b>
<b>Planificación del alta hospitalaria</b>	Profesionales de medicina y enfermería de AH, y profesionales de trabajo social de AH (UTSH), si procede	Durante todo el proceso de ingreso hospitalario	<p>Para poder garantizar una adecuada transición de los cuidados (Plan de Cuidados e informe de continuidad de cuidados), es necesario programar la planificación al alta desde el momento en el que se identifica al paciente de CIC.</p> <p>Incluirá:</p> <p>En caso de riesgo social: valoración y diagnóstico social, así como un plan de intervención social aplicado a cada paciente, por parte de la UTSH.</p> <p>Contacto con profesionales de medicina y enfermería de atención primaria para una correcta transición y, en su caso, con la unidad de trabajo social de atención primaria (UTS AP) para el seguimiento de la situación social en domicilio y para gestión, tramitación y activación de los recursos de la comunidad. En caso de alta a centro sociosanitario (CSS) contacto con profesional de trabajo social del centro.</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Elaboración de un informe de alta médico</b>	El Cardiólogo, Geriatra o Internista a cargo del cual haya ingresado el paciente.	Alta del paciente	<b>Anexo 6. Tabla 1. El informe de alta: "Lo que nunca puede faltar".</b>
<b>Elaboración de un informe de continuidad de cuidados de enfermería</b>	Enfermeras	Alta del paciente	Completar, finalizar y liberar el informe de continuidad de cuidados del sistema de información y con el contenido que se recoge más arriba en la planificación del alta del paciente.
<b>Elaboración de informe social, si procede</b>	UTSH	Al alta del paciente	Según modelo de informe social de Jara.

### **FICHA DE ACTIVIDAD 3.3: TRANSICIÓN DE CUIDADOS ENTRE HOSPITAL Y DOMICILIO.**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<p><b>Poner en conocimiento de la enfermera de AP el caso del paciente y su alta para asumir la continuidad de su atención</b></p>	<p>Enfermeras. Enfermeras del Hospital y de AP.</p>	<p>En el momento del alta del paciente</p>	<p>Se pondrá a disposición de este personal, a través de JARA o de forma telefónica, mediante el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) Existe un botón en el entorno de trabajo digital de la enfermera de AP para acceder a las altas de los pacientes de su cupo en las últimas 48 horas. Se dispone de la herramienta e-diálogo que permitirá la comunicación directa de enfermeras de hospital y de AP a través de JARA.</p>
<p><b>Reforzar la atención del paciente</b></p>	<p>Enfermeras</p>	<p>En el periodo precoz post-alta hospitalaria, como uno de los periodos de mayor vulnerabilidad y riesgo de reingresos En las 48-72h tras el alta del paciente</p>	<p>Incluir 2 métodos de intervención: Realizar un contacto de seguridad en las 48-72 horas Realizar la visita precoz post-alta</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>1ª VISITA Presencial</b>	Enfermera y médico de familia	A la semana del alta del paciente	Reevaluar la valoración de enfermería por patrones funcionales de M. Gordon Importar el documento de Informe de Continuidad de Cuidados realizado por la enfermera hospitalaria, en el primer apartado de valoración de dicho documento. A continuación, se procederá a la realización del Plan de Cuidados individualizado. Consultar: <b>Anexo 5. Tabla 2. Patrones funcionales de M. Gordon.</b>
<b>Valoración e intervención social (si procede)</b>	UTS de AP	Tras contacto de la UTSH con UTS de AP	Mediante contacto telefónico, correo electrónico, así como con el apoyo del correspondiente informe social/soap.
<b>Transición a centro sociosanitario (CSS)</b>	UTSH	Previo al alta hospitalaria y durante la planificación social al alta.	Mediante contacto telefónico o correo electrónico. Informe social/soap, si procede.

## 5.4 SUBPROCESO 4: SUBPROCESO DE REHABILITACIÓN CARDÍACA. PROGRAMAS MULTIDISCIPLINARES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA.

QUÉ	QUIÉN	CÓMO
Manejo de la Fase I: Fase Hospitalaria	Hospitalización de Cardiología y Unidad de Rehabilitación cardíaca, enfermera, médico rehabilitador y el fisioterapeuta	Ficha de actividad 4.1
Manejo de la Fase II: Fase Ambulatoria/ ámbito hospitalario	Cardiología, enfermera, médico rehabilitador y el fisioterapeuta	Ficha de actividad 4.2
Manejo de la Fase II: Fase Ambulatoria/ ámbito comunitario	Médico AP, Enfermería y fisioterapia de atención primera	
Manejo de la Fase III: Fase de Mantenimiento	Cardiología, los médicos de familia y enfermera	Ficha de actividad 4.3

### FICHA DE ACTIVIDAD 4.1: FASE I DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Estabilizar al paciente y comenzar la recuperación temprana</b>	Enfermeras. La enfermera de rehabilitación o la enfermera del área de hospitalización	Comienza en el hospital durante el ingreso	Movilización precoz del paciente, así como el inicio de las medidas de prevención secundaria: educación hábitos de vida saludable y medidas de autocuidado / información al paciente y su familia.

## FICHA DE ACTIVIDAD 4.2: FASE II DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Evaluación inicial del paciente y valoración del riesgo, de cara al desarrollo de ejercicio físico: Riesgo bajo y riesgo moderado-alto</b>	El cardiólogo de la unidad de RC	Antes del inicio del programa, idealmente < 30 días postIAM y <60 días post cirugía cardíaca	Valoración de la historia clínica, la exploración física, la evaluación psicológica y las pruebas realizadas (ergometría/ ergoespirometría +/- ecocardiograma) y debe ser aplicable a todas las patologías que se tratan en las Unidades de RC Consultar: <b>Anexo 7. Tabla 1. Estratificación del riesgo de los pacientes que pasan a formar parte de un programa de rehabilitación cardíaca.</b>
<b>Valoración física funcional y osteomuscular</b>	Rehabilitador de la Unidad de RC	Tras valoración por Cardiología	Exploración física y valoración de pruebas cardiológicas

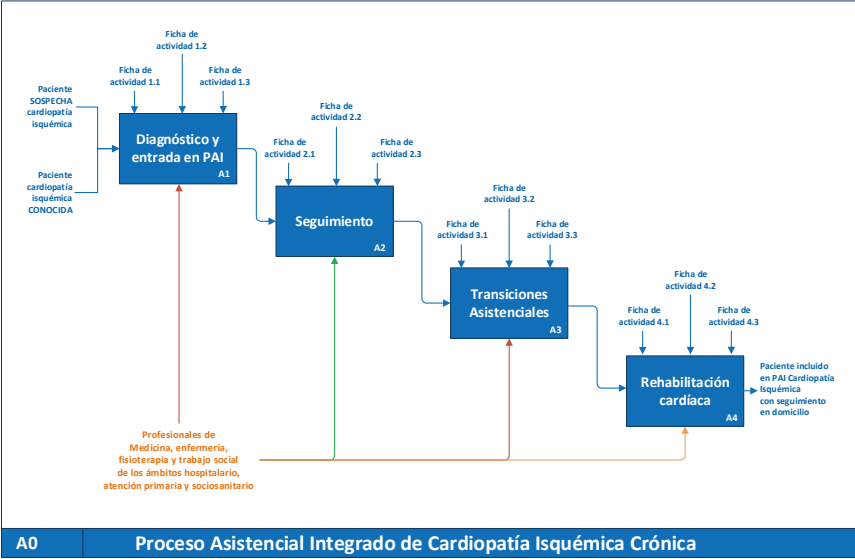
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Realización de un programa de rehabilitación hospitalaria presencial con pacientes externos</b>	Los responsables del programa de rehabilitación cardiaca: Cardiología, enfermera, médico rehabilitador y el fisioterapeuta	Después de que el paciente ha sido dado de alta del hospital  Inicio: Se recomienda <30 días tras llegada a Unidad de RHC  Duración total: 8-12 semanas, aunque puede ser más prolongada en pacientes de alto riesgo	El paciente acude periódicamente desde su domicilio a la unidad de RC, realizando la mayor parte de las intervenciones de forma presencial y supervisada por el equipo de RC. Evaluación de la capacidad funcional Programa de educación motivacional y soporte psicológico para la valoración de las dificultades en los cambios conductuales Visitas médicas con el cardiólogo Visitas médicas con el médico rehabilitador. Programa de ejercicio físico individualizado

### **FICHA DE ACTIVIDAD 4.3: FASE III DE REHABILITACIÓN CARDIACA.**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	CÓMO
<b>Mantener la función cardíaca y el estado físico a largo plazo</b>	Cardiología (según lo requiera la condición clínica)  Personal sanitario de AP	Tras el alta de Fase II	El paciente deberá continuar manteniendo a largo plazo (de por vida), las medidas de prevención secundaria y hábitos aprendidos: práctica de ejercicio, adherencia a la medicación.... Esta fase es claramente comunitaria.

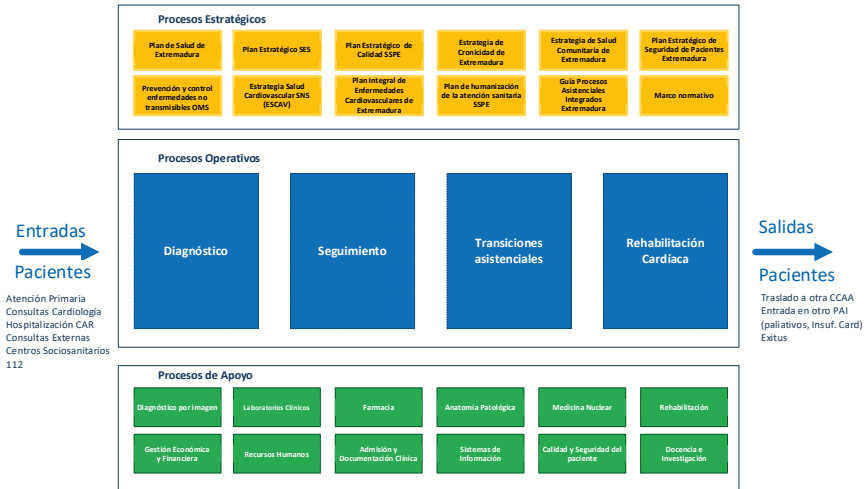
# 6. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

## 6.1 ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO.

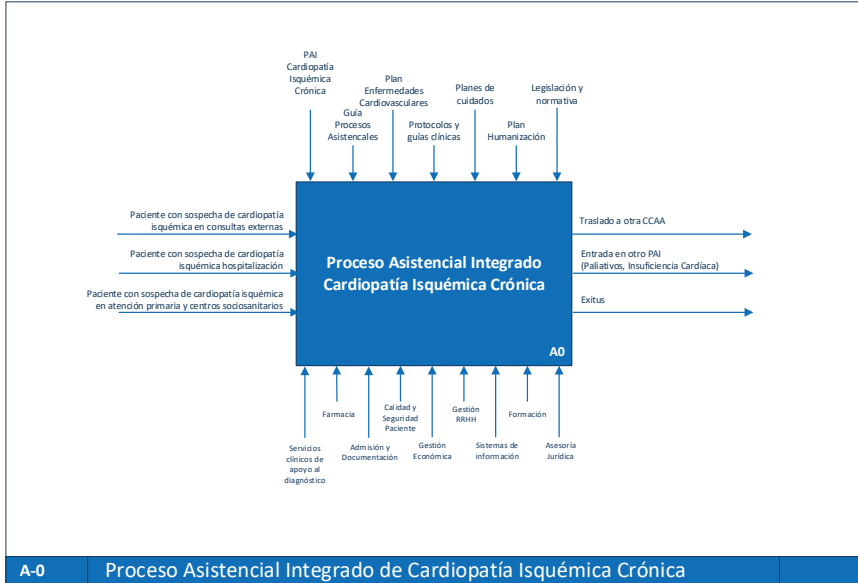




## 6.2 MAPA DE PROCESOS DEL PAI DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA.

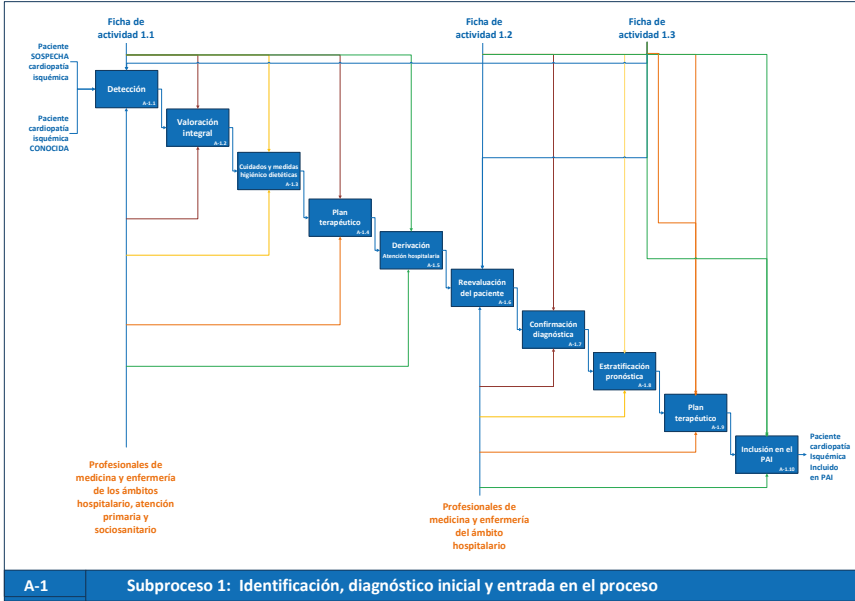


### 6.3 DIAGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA.

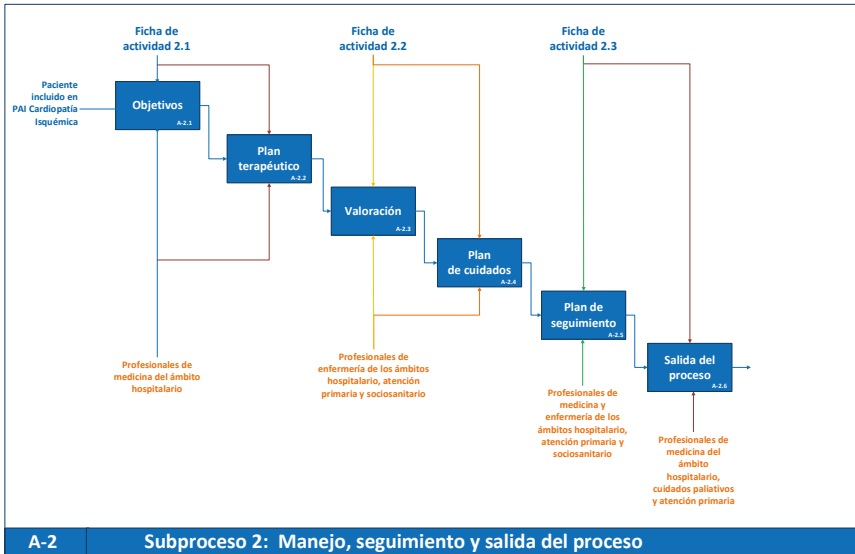


## 6.4 DIAGRAMA DE CADA SUBPROCESO.

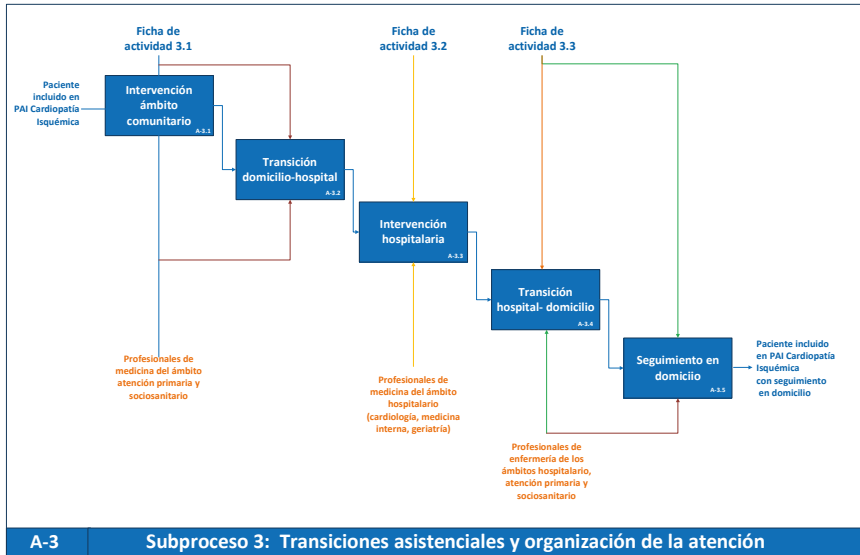
### DIAGRAMA SUBPROCESO 1: IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO INICIAL Y ENTRADA EN EL PROCESO.



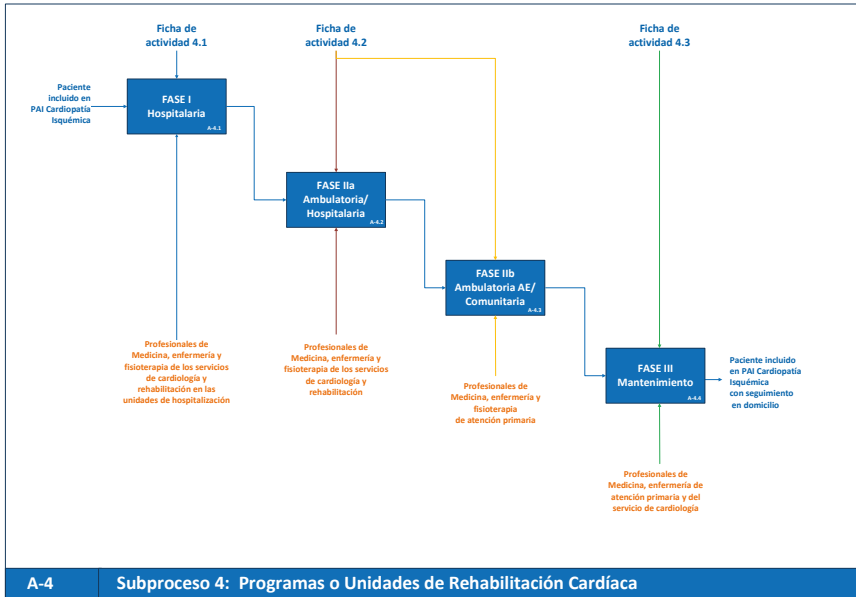
## DIAGRAMA SUBPROCESO 2: MANEJO, SEGUIMIENTO Y SALIDA DEL PROCESO DE LA CIC CRÓNICA.



## DIAGRAMA SUBPROCESO 3: MANEJO DE LAS DESCOMPENSACIONES POR RECURRENCIA DE SINTOMATOLOGÍA Y TRANSICIONES ASISTENCIALES.



## DIAGRAMA SUBPROCESO 4: PROGRAMAS O UNIDADES DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.



## 7. INDICADORES

La gestión por procesos es una herramienta básica para la mejora de la calidad en cualquier actividad asistencial, industrial o de servicios. En salud, la gestión de procesos asistenciales se dirige a mejorar la calidad de la atención sanitaria, definiéndola en relación con el grado de consecución de los objetivos definidos para el paciente. Estos objetivos deben además estar consensuados entre todos los actores que participan en dicho proceso.

Actualmente hay bastante acuerdo que los objetivos a perseguir en las organizaciones sanitarias deben ir dirigidas hacia la obtención de la triple meta (resultados en salud, incluidos aquellos que realmente importen al paciente, experiencias positivas en la atención y mejora de la eficiencia, entendida como la relación entre los costes de la actividad y los resultados que estamos obteniendo). Desde otros ámbitos también se aboga por incluir una cuarta meta, sin cuya presencia no es posible conseguir las anteriores, como es la satisfacción de los profesionales que participan en el proceso.

Que todos los profesionales de la organización conozcan y trabajen por unos mismos objetivos a conseguir con el paciente facilita que se produzca la deseada coordinación entre niveles asistenciales y la distribución de las distintas tareas y actividades entre los diferentes profesionales que participan, según sus conocimientos y competencias.

Para que todo el proceso asistencial pueda ejecutarse como se desea y permita la obtención progresiva de esos resultados es fundamental poder medir el grado de consecución de estos. Es la función de los indicadores, que tradicionalmente se diferencian en indicadores de estructura (recursos necesarios para su consecución), de procesos (como se organiza y se hace) y de resultados (los ya comentados). Los dos primeros sirven para detectar y evaluar las posibles deficiencias que puedan estar impidiendo la obtención de los resultados esperados, y mediante los planes de mejora continuada, se hagan aquellos cambios que se califiquen como necesarios. De esta forma, mediante evaluaciones periódicas y planes de mejora, podremos ir acercándonos a los

estándares de resultados que consideremos óptimos.

Otro aspecto importante es que los registros de los datos para obtener estos indicadores no supongan una nueva sobrecarga para los profesionales y su recogida debe de conseguirse y automatizarse desde la propia actividad asistencial normal.

Por último, la información que aporta estos indicadores debe estar disponible para todos los profesionales que intervienen, tanto en los apartados de que son producto de su actividad asistencial como de la totalidad del proceso y, además, den la posibilidad de compararse con otras unidades asistenciales, zonas de salud y áreas sanitarias. Solo así se creará una cultura para que toda la organización ofrezca mejores prestaciones y los pacientes puedan beneficiarse de ello. La realidad es tozuda y no tenemos aún desarrollados aspectos relevantes en la organización, como los resultados que importan a los pacientes, sus experiencias o la satisfacción de los profesionales en relación con dicho proceso. Hasta que eso llegué si vamos a podremos disponer de los indicadores que se presentan a continuación y que coinciden o están en línea, con los desarrollados para el resto de los PAI.

TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
GESTIÓN PAI	Población PAI	Número de pacientes activos en el proceso PAI de CIC a 1 de enero del año x más número de pacientes incluidos en el proceso PAI durante el año x, entendiendo por paciente incluido aquel que permanece más de un día en el mismo
GESTIÓN PAI	Variación población PAI (%)	Variación de la población PAI del año x respecto del año anterior
GESTIÓN PAI	Inclusión PAI	Número de pacientes incluidos en el proceso PAI durante el año x, entendiendo por paciente incluido aquel que permanece más de un día en el mismo



TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
GESTIÓN PAI	Tasa inclusión PAI	Proporción de los pacientes PAI incluidos en el año x, respecto a la población PAI
GESTIÓN PAI	Población PAI activa	Número de pacientes activos en el proceso PAI a 31 de diciembre del año x o a fecha de última actualización, en su caso
GESTIÓN PAI	Tasa exclusión PAI	Proporción de los pacientes PAI excluidos por todos los motivos en el año x, respecto a la población PAI
GESTIÓN PAI	Tasa exclusión PAI por motivo	Proporción de los pacientes PAI excluidos por cada uno de los motivos en el año x, respecto al total de pacientes PAI excluidos
RESULTADOS-MORT	Mortalidad PAI	Proporción de los pacientes PAI fallecidos en el año x, respecto a la población PAI
RESULTADOS-MORT	Mortalidad hospitalaria PAI	Proporción de pacientes PAI fallecidos durante su hospitalización en el año x, por cada 1000 hospitalizaciones de pacientes PAI
RESULTADOS-MORT	Fallecimientos PAI en hospital	Proporción de pacientes PAI fallecidos que lo hicieron durante su hospitalización en el año x respecto al total de fallecimientos de pacientes PAI
RESULTADOS-MORT	Fallecimientos PAI fuera hospital	Proporción de pacientes PAI fallecidos que lo hicieron fuera del hospital en el año x respecto al total de fallecimientos de pacientes PAI
RESULTADOS-MORT	Edad media fallecidos PAI	Media de edad de los pacientes PAI fallecidos durante ese año
RESULTADOS-MORT	Sexo fallecidos PAI	Distribución por sexos de los pacientes PAI fallecidos durante el año x
RESULTADOS-HOSP	Tasa ingresos PAI	Proporción de los pacientes PAI que han sufrido una hospitalización no programada en el año x, respecto a la población PAI
RESULTADOS-HOSP	Estancia PAI	Tiempo (días) que permanecen todos los pacientes PAI con hospitalizaciones no programadas a lo largo del año x

TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
RESULTADOS-HOSP	Estancia PAI (Me, P <sub>25-75</sub> )	Tiempo (días) que permanecen los pacientes hospitalizados (mediana y P 25 – P75)
RESULTADOS-HOSP	Razón de hospitalizaciones PAI	Razón entre las altas procedentes de hospitalizaciones no programadas en pacientes PAI en el año x y la población PAI
RESULTADOS-HOSP	Ingresados PAI 3 o más	Proporción de pacientes PAI con 3 o más altas de hospitalizaciones no programadas en el año x respecto a población PAI en ese año
RESULTADOS-HOSP	Tasa de reingreso precoz PAI	Proporción hospitalizaciones de los pacientes PAI, con cualquier diagnostico que sufren un reingreso urgente antes de 30 días por cualquier motivo en el año x
RESULTADOS-HOSP	Tasa ingresos DX-PAI	Proporción de los pacientes PAI que han sufrido una hospitalización no programada en el año x, con DX (I20-I25) en el diagnóstico principal, respecto a la población PAI
RESULTADOS-HOSP	Tasa ingresos IAM	Proporción de los pacientes PAI que han sufrido una hospitalización no programada en el año x, con DX (I21) en el diagnóstico principal, respecto a la población PAI
RESULTADOS-HOSP	Tasa ingresos Revascularización	Proporción de los pacientes PAI que han sufrido una hospitalización con alguna intervención de revascularización coronaria (códigos procedimientos: Trombectomía 02C, stents sin medicación 027, stents con medicación 02H o Bypass (021) con respecto a la población PAI
RESULTADOS-HOSP	Estancia Dx-PAI (Me, P <sub>25-75</sub> )	Tiempo (días) que permanecen los pacientes hospitalizados (mediana y P 25 – P75) con DX (I20-I25) en el diagnóstico principal

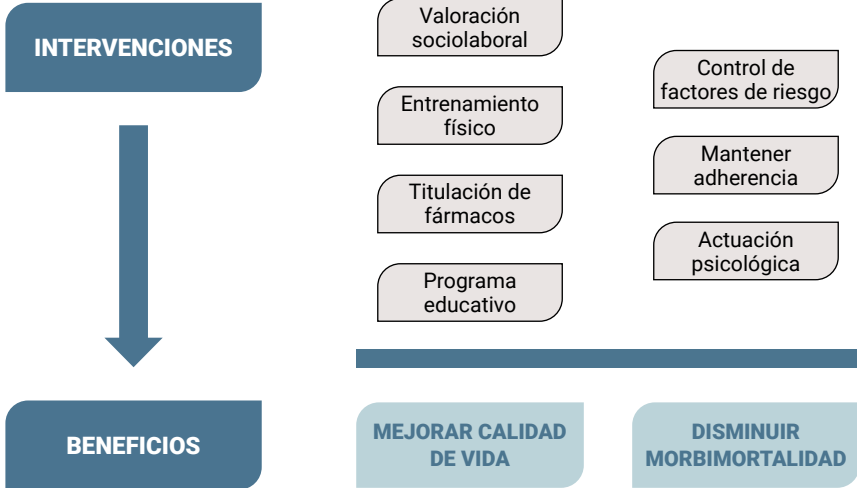
TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
RESULTADOS-HOSP	Tasa de hospitalizaciones DX-PAI	Proporción entre altas procedentes de hospitalizaciones no programadas en pacientes PAI en el año x, con DX-(I20-I25) en el diagnóstico principal, con respecto al total de hospitalizaciones no programadas de los pacientes PAI
RESULTADOS-HOSP	Ingresados DX-PAI 3 o más	Proporción de pacientes PAI con 3 o más altas de hospitalizaciones no programadas, con DX (I20-I25) en el diagnóstico principal, en el año x respecto al total de pacientes PAI en ese año
RESULTADOS-HOSP	Tasa de reingreso precoz DX PAI	Proporción de hospitalizaciones de los pacientes PAI, con DX (I20-I25) en el diagnóstico principal del alta, que sufren un reingreso urgente por cualquier motivo antes de 30 días en el año x
RESULTADOS-URG	Pacientes PAI PAC	Proporción de pacientes PAI que han acudido de urgencia a algún Punto de Atención Continuada (PAC) en el año x, respecto a la población PAI
RESULTADOS-URG	Contactos PAC (Me, P25 – P75)	Nº de contactos con los PAC de pacientes PAI
RESULTADOS-URG	Pacientes PAI SUH	Proporción de pacientes PAI que han acudido de urgencia a algún Servicio de Urgencias Hospitalarios (SUH) en el año x, respecto a la población PAI
RESULTADOS-URG	Contactos SUH (Me, P25 – P75)	Nº de contactos con los SUH de pacientes PAI
PROCESO	Pacientes PAI MAP	Proporción de pacientes PAI que han acudido a su médico de AP (MAP) en el año x, respecto a la población PAI
PROCESO	Contactos MAP (Me, P25 – P75)	Nº de contactos con los MAP de pacientes PAI

TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
PROCESO	Pacientes PAI ENFAP	Proporción de pacientes PAI que han acudido a su enfermera de AP (MAP) en el año x, respecto a la población PAI
PROCESO	Contactos ENFAP (Me, P25 – P75)	Nº de contactos con las Enfermera de AP de pacientes PAI
PROCESO	Plan de cuidados ENFAP PAI	Proporción de pacientes PAI que tienen un plan de cuidados en AP en el año x, respecto a la población PAI
PROCESO	ICC en PAI	Proporción de hospitalizaciones no programadas de pacientes PAI por cualquier diagnóstico que salen con informe de continuidad de cuidados en el año x, respecto al total de hospitalizaciones en ese año
PROCESO	Tasa contacto Equipo AP postalta	Proporción de hospitalizaciones no programadas con alta a domicilio que han contactado con su médico o con su enfermero de atención primaria (EAP) dentro de las 72 horas siguientes al alta, respecto al total de hospitalizaciones
PROCESO	Pacientes PAI TS	Proporción de pacientes PAI que han acudido al trabajador social de AP en el año x, respecto a la población PAI
PROCESO	PIS en PAI	Proporción de pacientes PAI que tienen algún plan de intervención social en el año x con respecto a la población PAI en el año x
PROCESO-LAB	LDL	% Pacientes con colesterol LDL por encima del estándar de riesgo en prevención secundaria
PROCESO-LAB	HDL	% Pacientes con colesterol HDL por debajo del estándar de riesgo en prevención secundaria

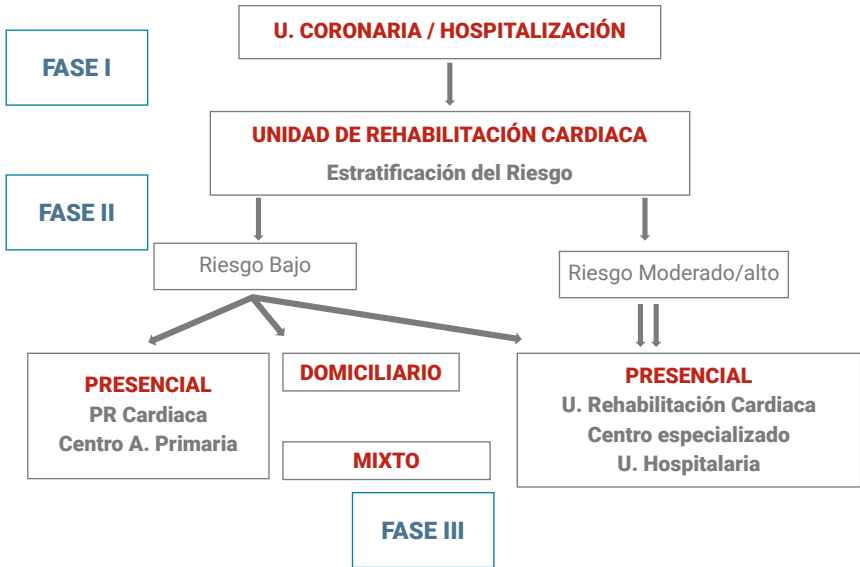
TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
PROCESO-LAB	TGC	% Pacientes con triglicéridos por encima del estándar de riesgo en prevención secundaria
PROCESO-LAB	HbA1c	% Pacientes con hemoglobina glucosilada por encima de 7,5%
PROCESO-LAB	FGe	% Pacientes con un filtrado glomerular estimado inferior a 60 ml/min
PROCESO-LAB	Alb_Creat	% pacientes con una relación de albumina creatinina en orina matinal superior a 30 mg/gr
PROCESO-FCO	BBLOQ	% pacientes que tienen prescritos betabloqueantes cardioselectivos (C07AB + C07BB)
PROCESO-FCO	ANTIAG	% pacientes que tienen prescritos antiagregantes plaquetarios (B01AC)
PROCESO-FCO	IECA	% pacientes que tienen prescritos IECAS solo o en combinación (C09A + C09B)
PROCESO-FCO	ARA2	% pacientes que tienen prescritos ARA 2 solos o en combinación (C09C + C09D)
PROCESO-FCO	ESTATINA	% pacientes que tienen prescritos ESTATINAS solos o en combinación (C10AA + C10BX)
PROCESO-FCO	EZETIMIB	% pacientes que tienen prescritos ezetimibe solo o en combinación (C10AX09, C10BA02, C10BA05, C10BA06)
PROCESO-FCO	ACMON	% Pacientes que tienen prescritos anticuerpos monoclonales contra PCSK9 (C10AX13, C10AX14, C10AX16, C10AX17) o Inclisrán.

## 8. FIGURAS

### INTERVENCIONES Y BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA.



## FASES Y UBICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA.



**ANEXOS**





## 9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1 .....	[PÁG. 90]
9.2 ANEXO 2 .....	[PÁG. 98]
9.3 ANEXO 3 .....	[PÁG. 101]
9.4 ANEXO 4 .....	[PÁG. 104]
9.5 ANEXO 5 .....	[PÁG. 107]
9.6 ANEXO 6 .....	[PÁG. 131]
9.7 ANEXO 7 .....	[PÁG. 134]

## 9.1 ANEXO 1

---

### TABLA 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA TRADICIONAL PARA LA SOSPECHA DE SÍNTOMAS ANGINOSOS.

La Angina típica cumple con las siguientes tres características:

1. **Molestias opresivas en la parte frontal del pecho o en el cuello, mandíbula, hombro o brazo.**
2. **Precipitados por esfuerzo físico.**
3. **Se alivia con reposo o nitratos en menos de 5min.**

La Angina atípica cumple dos de estas características.

El dolor no anginoso cumple solo una o ninguna de estas características.

### TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ANGINA DE ESFUERZO SEGÚN LA SOCIEDAD CARDIOVASCULAR CANADIENSE.

Grado de descripción de la gravedad de la angina:

#### 1. **Angina solo con esfuerzo extenuante:**

- Presencia de angina durante la actividad extenuante, rápida o actividad prolongada ordinaria como caminar o subir escaleras

#### 2. **Angina de esfuerzo moderado:**

- Ligera limitación de las actividades ordinarias cuando se realizan rápidamente, después de las comidas, en frío, en viento, bajo estrés emocional, o durante las primeras horas después de despertarse. Pero también caminando cuesta arriba o subir más de un tramo de escaleras ordinarias a un ritmo normal.

### 3. Angina con esfuerzo leve:

- Tener dificultades para caminar una o dos manzanas, o subir un tramo de escaleras a ritmo y condiciones normales

### 4. Angina IV en reposo:

- No se necesita esfuerzo para desencadenar la angina

## TABLA 3. PRUEBAS BIOQUÍMICAS EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO INICIAL DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. RECOMENDACIONES Y NIVEL DE EVIDENCIA.<sup>7</sup>

Si la evaluación sugiere inestabilidad clínica o SCA, repetir las mediciones de troponina, preferiblemente utilizando análisis con troponina ultrasensible para descartar lesión miocárdica asociada a SCA: recomendación de grado I y nivel de evidencia A.

Se recomiendan los siguientes análisis de sangre en todos los pacientes:

- Hemograma completo: recomendaciones de grado I y nivel de evidencia B.
- Medición de creatinina y estimación de la función renal: recomendación de clase I y nivel de evidencia A.
- Un perfil lipídico (incluyendo LDL-C). Recomendación de clase I y nivel de evidencia A.
- Se recomienda que se implemente el cribado de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con enfermedad coronaria presunta o establecida, con HbA1c y mediciones de glucosa plasmática en ayunas, y que se añada una prueba oral de tolerancia a la glucosa si la HbA1c y los resultados de glucosa plasmática en ayunas no son concluyentes. Recomendación de clase I y nivel de evidencia B.
- Se recomienda la evaluación de la función tiroidea en caso de sospecha clínica de trastornos tiroideos. Recomendación de clase I y nivel de evidencia C.

**TABLA 4. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO INICIAL DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. RECOMENDACIÓN Y NIVEL DE EVIDENCIA.**

- La radiografía de tórax se recomienda para pacientes con presentación, signos y síntomas atípicos de insuficiencia cardiaca o sospecha de enfermedad pulmonar: Recomendación de clase I y nivel de evidencia.

**TABLA 5. INDICACIONES DE USO DE LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA AMBULATORIA (HOLTER) EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO INICIAL DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. RECOMENDACIONES Y NIVELES DE EVIDENCIA.<sup>7</sup>**

- Se recomienda la monitorización ambulatoria del ECG en pacientes con dolor torácico y sospecha de arritmias: recomendación de clase I y nivel de evidencia C.
- Se debe considerar el registro y monitorización ambulatoria del ECG, 12 derivaciones, en pacientes con sospecha de angina vasoespástica. Recomendación de clase IIa y nivel de evidencia C.
- La monitorización ambulatoria del ECG no debe utilizarse como examen de rutina en pacientes con sospecha de síndrome coronario crónico sin que haya una justificación clínica. Recomendación de clase III y nivel de evidencia C.

**TABLA 6. RECOMENDACIONES DE USO DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO INICIAL DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. RECOMENDACIONES Y NIVELES DE EVIDENCIA.<sup>7</sup>**

Se recomienda un ECG de 12 derivaciones en reposo en todos los pacientes con dolor torácico sin una causa no cardíaca obvia. Recomendación de clase I y nivel de evidencia C.

Se recomienda un ECG de 12 derivaciones en reposo en todos los pacientes

durante o inmediatamente después de un episodio de angina sospechoso de ser indicativo de inestabilidad clínica de enfermedad arterial coronaria. Recomendación de grado I y nivel de evidencia C.

Las alteraciones del segmento ST registradas durante las taquiarritmias supraventriculares no deben utilizarse como evidencia de enfermedad arterial coronaria. Recomendación de clase III y nivel de evidencia C.

#### **TABLA 7. INDICACIONES DE USO DE ECOCARDIOGRAFÍA EN REPOSO EN EL MANJE O DIAGNÓSTICO INICIAL DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. RECOMENDACIONES Y NIVELES DE EVIDENCIA.**

- Se recomienda un ecocardiograma transtorácico en reposo en todos los pacientes para:
  1. Exclusión de causas alternativas de angina.
  2. Identificación de anomalías en el movimiento de la pared regional sugestivas de CAD.
  3. Medición de FEVI para estratificación de riesgos; y
  4. Evaluación de la función diastólica.Recomendación de clase I y nivel de evidencia B.
- Se debe considerar la ecografía de las arterias carótidas, y se debe realizar adecuadamente por médicos capacitados, para detectar placa en pacientes con sospecha de enfermedad vascular coronaria sin enfermedad aterosclerótica conocida. Recomendación de clase IIb y nivel de evidencia C.

#### **TABLA 8. USO DEL ELECTROCARDIOGRAMA DE EJERCICIO (ERGOMETRÍA) EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. RECOMENDACIONES Y NIVELES DE EVIDENCIA.**

- El ECG de ejercicio se recomienda para la evaluación de la tolerancia al ejercicio, los síntomas, las arritmias, la respuesta a la presión arterial y el

riesgo de evento en pacientes seleccionados: Recomendación de clase I con nivel de evidencia C.

- El ECG de esfuerzo puede considerarse como una prueba alternativa para la confirmación o exclusión de enfermedad coronaria cuando no se dispone de imágenes no invasivas: Recomendación de clase II con nivel de evidencia B.
- Se puede considerar la ergometría en pacientes en tratamiento para evaluar el control de síntomas y la isquemia: Recomendación de clase IIB y nivel de evidencia C.
- La ergometría no se recomienda para fines diagnósticos en pacientes con depresión del segmento ST de  $> 0,1$  mV en ECG en reposo, alteración de la onda T, BRI, o que están siendo tratados con digitálicos u otras drogas que afectan a la repolarización ventricular. Recomendación de clase III con nivel de evidencia C.

#### **TABLA 9. USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR IMAGEN EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO INICIAL DE PACIENTES SINTOMÁTICOS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA. RECOMENDACIONES Y NIVELES DE EVIDENCIA.**

- Se recomienda el uso de pruebas funcionales de imagen para el diagnóstico de isquemia o el TAC coronario como técnicas no invasivas iniciales para el diagnóstico de enfermedad arterial coronaria (EAC) en pacientes sintomáticos en los que la enfermedad obstructiva no puede excluirse solo mediante evaluación clínica: Recomendación de clase I y nivel de evidencia B.
- Se recomienda que en la selección de la prueba diagnóstica no invasiva inicial se realice en función de la probabilidad clínica de la EAC y otras características del paciente que influyen en el rendimiento de la prueba, la experiencia local y la disponibilidad de las pruebas: Recomendación de clase I y nivel de evidencia C.
- Se recomiendan pruebas funcionales de imagen para la detección de isquemia miocárdica si el TAC coronario ha mostrado EAC de significado funcional incierto o no es diagnóstica. Recomendación de clase I y nivel de evidencia B.

- La angiografía coronaria invasiva se recomienda como una prueba alternativa para diagnosticar la EAC en pacientes con una alta probabilidad clínica, síntomas graves refractarios a la terapia médica o angina típica a un bajo nivel de ejercicio, y evaluación clínica que indica un alto riesgo de eventos. La evaluación funcional invasiva debe estar disponible y utilizarse para evaluar las estenosis antes de a la revascularización, a menos que sea de muy alto grado (estenosis de >90% de diámetro): Recomendación de clase I y nivel de evidencia B.
- Se debe considerar la coronariografía invasiva con disponibilidad de evaluación funcional invasiva para confirmar el diagnóstico de EAC en pacientes con un diagnóstico incierto en pruebas no invasivas: Recomendación de clase IIa y nivel de evidencia B.
- El TAC coronario debe considerarse como una alternativa a la angiografía invasiva si otra prueba no invasiva es equívoca o no diagnóstica: Recomendación de clase IIa y nivel de evidencia C.
- El TAC coronario no se recomienda cuando hay calcificación coronaria extensa, la frecuencia cardíaca es irregular, existe la obesidad significativa, hay una incapacidad para retención de la respiración o cualquier otra afección que haga que la obtención de una buena calidad de imagen sea poco probable: Recomendación de clase III y nivel de evidencia C.
- La detección de calcio coronario por TAC no se recomienda para identificar individuos con EAC obstructiva: Recomendación de clase III y nivel de evidencia C.

**TABLA 10. PROBABILIDADES PREVIAS A LA PRUEBA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA OBSTRUCTIVA EN 15.815 PACIENTES SINTOMÁTICOS SEGÚN LA EDAD, EL SEXO Y LA NATURALEZA DE LOS SÍNTOMAS EN UN ANÁLISIS AGRUPADO DE DATOS CONTEMPORÁNEOS.**

EDAD	ANGINA TÍPICA		ANGINA ATÍPICA		NO ANGINA		DISNEA	
	H	M	H	M	H	M	H	M
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
>70	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

**FIGURA 1. CÁLCULO DE LA PROBABILIDAD PRE-TEST.**

**CÁLCULO DE PROBABILIDAD PRE-TEST**  
CONDICIONES QUE AFECTAN A LA PROBABILIDAD CALCULADA

**Disminuye la probabilidad de EAC:**

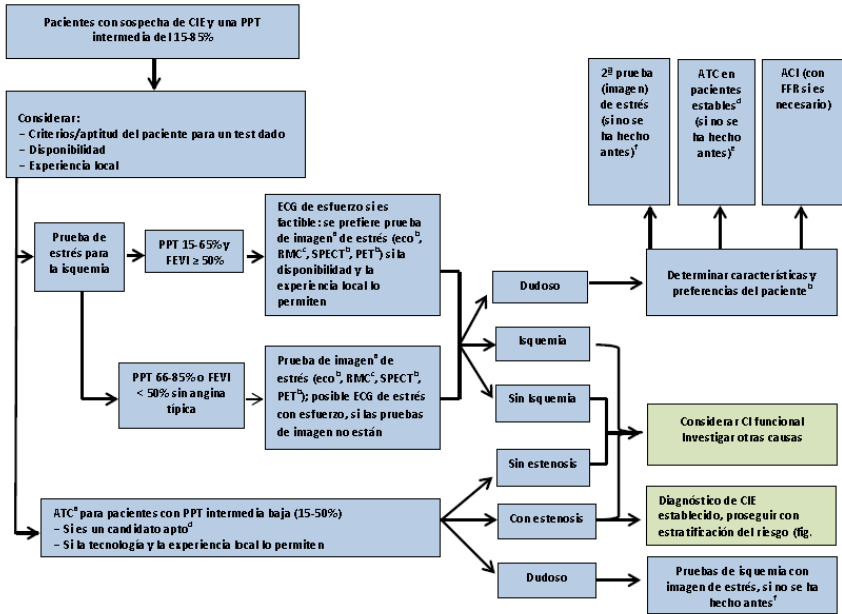
- Ergometría normal.
- Sin calcio coronario por TAC (Puntuación de Agatston=0).

**Aumenta la probabilidad de EAC:**

- Factores de riesgo para ECV: dislipidemia, diabetes, hipertensión, tabaquismo, antecedentes familiares de ECV.
- Cambios en el ECG en reposo: onda Q, segmento ST o Cambios en la onda T.
- Disfunción de VI con datos ecocardiográficos sugestivos de EAC.
- Ergometría anormal.
- Calcio coronario por TAC.



**FIGURA 2. PROPUESTA DE MANEJO DE LAS PRUEBAS NO INVASIVAS PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON PROBABILIDAD INTERMEDIA PRETEST DE ENFERMEDAD CORONARIA.**



- ACI: angiografía coronaria invasiva.
- ATC: angiografía coronaria por tomografía computarizada.
- CIE: cardiopatía isquémica estable.
- ECG: electrocardiograma.
- FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.
- PET: tomografía por emisión de positrones.
- PPT: probabilidad pretest.
- RMC: resonancia magnética cardiaca.
- SPECT: tomografía por emisión monofotónica.
- a Considerar la edad del paciente frente a la exposición a radiación.
- b Para pacientes incapaces de realizar ejercicio, use ecocardiografía o SPECT/PET con estrés farmacológico.
- c RMC solo se realiza con estrés farmacológico.

- d Las características del paciente hacen que el diagnóstico por ATC sea muy probable; considere el resultado incierto en pacientes con calcificación grave difusa o focal.
- e Proceda como en el cuadro inferior izquierdo de la ATC.
- f Proceda como en el cuadro de pruebas de estrés para la isquemia.

Fuente: Montalescot G y cols. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:135.e1-e81

## 9.2 ANEXO 2

---

### **TABLA 1. A QUIEN HAY QUE ESTRATIFICAR EL RIESGO MEDIANTE PRUEBAS DE ISQUEMIA.**

Se recomienda estratificar el riesgo con base en la evaluación clínica y los resultados de las pruebas de estrés iniciales empleadas para establecer el diagnóstico de CI estable.

Se recomiendan pruebas de estrés con imagen para la estratificación del riesgo de pacientes con ECG de esfuerzo no concluyente.

Se recomienda la estratificación del riesgo mediante ECG de esfuerzo (excepto cuando el paciente tenga limitaciones para el ejercicio o los cambios electrocardiográficos no permitan la evaluación del ECG) o, preferiblemente, mediante pruebas de estrés con imagen, si la experiencia del centro y la disponibilidad lo permiten, en pacientes con CI estable tras un empeoramiento significativo de los síntomas.

Se recomiendan las pruebas de estrés con imagen para la estratificación del riesgo de pacientes con CI estable conocida y deterioro de los síntomas si la localización y el área de la isquemia pueden influir en la decisión de tratamiento.

Se debe considerar las pruebas de estrés farmacológico con ecocardiografía o SPECT para pacientes con BRI.

Se debe considerar la ecocardiografía o la SPECT de estrés para pacientes con ritmo de marcapasos.

### **TABLA 2. DEFINICIONES DE ALTO RIESGO DE EVENTOS PARA DIFERENTES MODALIDADES DE PRUEBA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS ESTABLECIDOS.**

- ECG de ejercicio Mortalidad cardiovascular >3% anual basados en la escala “Duke Treadmill Score”
- Imágenes de perfusión SPECT o PET con área de isquemia  $\geq 10\%$  del miocardio del ventrículo izquierdo.
- Ecocardiografía de esfuerzo  $\geq 3$  de 16 segmentos con hipocinesia o acinesia inducida por estrés.
- Cardioresonancia magnética con  $\geq 2$  de 16 segmentos con defectos de perfusión por estrés o  $\geq 3$  segmentos disfuncionales inducidos por dobutamina.
- TAC coronario o ICA Enfermedad de tres vasos con estenosis proximal, enfermedad LM o enfermedad descendente anterior proximal.
- Pruebas funcionales invasivas  $FFR < 0.8$ ,  $iwFR < 0.89$   $iwFR$  = ración instantánea libre de ondas (reserva de flujo instantáneo); LM = principal izquierdo; TEP = tomografía por emisión de positrones; SPECT = Tomografía computorizada por emisión de fotón único.

### **TABLA 3. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO MEDIANTE CORONARIOGRAFÍA INVASIVA Y NO INVASIVA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE.**

Recomendaciones:

- Se recomienda la realización de ACI (y RFF cuando sea necesario) para estratificar el riesgo de pacientes con angina estable grave (clase III de la CCS) o un perfil clínico que marque alto riesgo de eventos, particularmente si los síntomas no responden adecuadamente al tratamiento médico.
- Se recomienda la realización de ACI (y RFF cuando sea necesario) a

pacientes sintomáticos leves o asintomáticos por el tratamiento médico cuya estratificación no invasiva del riesgo marque riesgo alto de eventos y se considere indicar revascularización para mejorar el pronóstico.

- Se debe considerar la realización de ACI (y RFF cuando sea necesario) para la estratificación del riesgo de eventos de pacientes con un diagnóstico no concluyente mediante pruebas no invasivas o con resultados conflictivos en diferentes pruebas no invasivas.
- Si el TAC coronario está disponible para la estratificación del riesgo, se debe considerar la posible sobrestimación de la importancia de las estenosis en segmentos con calcificación grave, especialmente en pacientes en la banda alta de la PPT intermedia. Podrían ser necesarias nuevas pruebas de imagen antes de indicarse una ACI para pacientes con síntomas leves o asintomáticos.

ACI: angiografía coronaria invasiva.

ATC: angiografía coronaria por tomografía computarizada.

CCS: Canadian Cardiovascular Society.

CI: cardiopatía isquémica.

ECG: electrocardiograma.

PPT: probabilidad pretest.

RFF: reserva fraccional de flujo.

#### **TABLA 4. SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER.**

En función de su situación clínica se divide al paciente en 5 prioridades:

- **PRIORIDAD 1:** Emergencias que requieren atención inmediata.
- **PRIORIDAD 2 y 3:** Pacientes que requieren atención urgente y muy urgente (antes de los 10 y 60 minutos respectivamente).
- **PRIORIDAD 4:** Pacientes que requieran atención menos urgente (antes de los 120 minutos) .
- **PRIORIDAD 5:** Atención no urgente (antes de los 240 minutos).

### 9.3 ANEXO 3

#### **TABLA 1. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS PARA EVALUACIÓN CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.**

- Pacientes con antecedente de SCC diagnosticado y síntomas anginosos de grado I o II típicos o angina atípica.
- Pacientes varones mayores de 40 años con angina típica de grado I o II (probabilidad pretest >15%).
- Pacientes varones mayores de 50 años con dolor anginoso atípico de grado I o II, o disnea como equivalente anginoso (probabilidad pretest >15%).
- Pacientes varones entre 40 y 50 años con angina atípica de grado I o II, si tienen FRCV o alteraciones en el ECG (probabilidad pretest entre 5 y 15%).
- Pacientes mujeres mayores de 50 años con angina típica de grado I o II (probabilidad pretest >15%).
- Pacientes mujeres mayores de 70 años con angina atípica de grado I o II (probabilidad pretest >15%).
- Pacientes mujeres entre 50 y 70 años con angina atípica de grado I o II, si tienen FRCV o alteraciones en el ECG (probabilidad pretest entre 5 y 15%).

La derivación se acompañará de la historia clínica completa con analítica, FRCV, ECG del paciente y Rx de tórax. La angina de grado III o IV, son anginas inestables y deben evaluarse en Urgencias al ser subsidiarias de ingreso hospitalario.

#### **TABLA 2. VARIABLES A MONITORIZAR EN EL INGRESO DE UN PACIENTE CON SCC. 7.**

- Toma de constantes vitales.
- Realización del ECG basal.
- Valoración general del paciente con SCC y valoración integral (biopsicosocial) por patrones funcionales de M. Gordon.
- Iniciar el documento de informe de continuidad de cuidados en el primer apartado de valoración de dicho documento con los resultados de la valoración de enfermería.

- Desarrollo de un plan de cuidados individualizado.

**FIGURA 1. VARIABLES A MONITORIZAR Y FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LAS MISMAS DURANTE EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CIC EN FASE DE ESTABILIDAD.**

<b>PACIENTE CON SCA &lt;1 AÑO</b>	<b>VALORACIÓN CLÍNICA CARDIOLOGÍA/INTERNA/ MÉDICO Y ENFERMERA DE A. PRIMARIA</b>	<b>ANALÍTICA*</b>	<b>ECG*</b>
Visita	Tareas fundamentales		
Al mes	Valorar adherencia terapéutica/dudas/ educación sanitaria. Iniciar programa rehabilitación* Ecocardiograma*	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo*	Sí
3 meses	Opcional	Opcional	Opcional
6 meses	Valoración clínica y de la doble antiagregación	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo	Sí
1 año	Valoración clínica y de la doble antiagregación Ecocardiograma*	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo	Sí
<b>Paciente con CIC de larga evolución</b>			
Anualmente	Valoración clínica y decisión de mantenimiento de la doble antiagregación	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo*	Sí

Paciente con SCA hace más de un año			
Basal	Valoración clínica y de la doble antiagregación	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo*	Sí
3 meses	Opcional	Opcional	Opcional
6 meses	Opcional	Opcional	Opcional
12 meses	Valoración clínica y de la doble antiagregación	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo*	Sí
18 meses	En Atención Primaria	Opcional	Opcional
24 meses	Valoración clínica y de la doble antiagregación. En Atención Primaria	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo*	Sí
Anualmente	Valoración clínica y de la doble antiagregación. En Atención Primaria	Sí, incluir las variables de estratificación de riesgo*	Sí

**\* Analítica incluye:** hemograma, Glucemia, Hb A1C, Colesterol total, HDL, LDL, TGC, no HDL colesterol. Urea, Creatinina, Filtrado glomerular, Na y K. ECG será de 12 derivaciones. La exploración física incluye controles de TA en consulta y domiciliarios. Ecocardiograma: se recomienda repetir en tres meses en pacientes recientemente revascularizados o al año y cada 3-5 años para valorar FEVI si es previamente anormal. Se recomienda una prueba de detección de isquemia preprograma de rehabilitación y cada 3 a 5 años, para reevaluación. Se realizará coronariografía invasiva solamente en pacientes de muy alto riesgo en las pruebas de detección de isquémica o en los que reaparecen los síntomas. El seguimiento de pacientes estables con FEVI normal y revascularización completa, más allá de un año, se realizará en Atención primaria.

## 9.4 ANEXO 4

**TABLA 1. FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANGINA.**

- **Fármacos de primera línea:** betabloqueantes, antagonistas del calcio
- **Fármacos de segunda línea:** nitratos de acción prolongada, ranolazina, ivabradina, nicorandil, trimetazidina.

	TRATAMIENTO ESTÁNDAR	FRECUENCIA CARDIACA ELEVADA > 80lpm	FRECUENCIA CARDIACA BAJA < 50lpm	DISFUNCIÓN VI O IC	HIPOTENSIÓN ARTERIAL
<b>Paso 1</b>	BB o BCC	BB o BCC-noDHP	BCC-DHP	BB	Dosis baja BB o BCC-noDHP
	↓	↓	↓	↓	↓
<b>Paso 2</b>	BB y BCC-DHP	BB + BCCnoDHP	NAP	+NAP o Ivabradina	Cambiar a avabradina, ranolazina o trimetazidina
	↓	↓	↓	↓	↓
<b>Paso 3</b>	Añadir fármaco segunda línea	BB + ivabradina	BCC-DHP y NAP	Añadir otro fármaco de segunda línea	Combinar dos fármacos de segunda línea
			↓		
<b>Paso 4</b>			+ nicorandil, ranolazina o trimetazidina		



**TABLA 2. RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS.<sup>9</sup>**

RECOMENDACIONES	CLASE	NIVEL
Se recomienda el uso de AAS (75-100 mg/día) para los pacientes con infarto o revascularización previa	I	A
Se recomienda el uso de clopidogrel 75mg/día como alternativa al AAS para pacientes con intolerancia a éste	I	B
Se debe considerar la adición de un segundo fármaco antitrombótico al AAS para la prevención secundaria a largo plazo para los pacientes con alto riesgo de eventos isquémicos y que tienen un riesgo hemorrágico alto	Ila	A
Se recomienda el uso de IBP si el paciente está antiagregado o anticoagulado y presenta alto riesgo de hemorragia gastrointestinal	I	A
Se recomiendan estatinas de alta potencia y dosis para lograr el objetivo de LDL establecido en las guías europeas de prevención cardiovascular <sup>9</sup> y el síndrome coronario crónico <sup>8</sup> teniendo en cuenta la fragilidad del paciente y sus condiciones o preferencias personales	I	A
Si no se alcanza el objetivo de LDL, se añadiría ezetimiba	I	B
Si no se alcanzan los objetivos se recomienda añadir fármacos que actúen sobre la PCSK9 (IPCSK9, Inclisiran), teniendo en cuenta las condiciones de prescripción y financiación, y la fragilidad del paciente	I	A/?
Se recomienda el uso de IECA (o ARAlI) para los pacientes con IC, HTA o diabetes	I	A
Se debe considerar el uso de IECA para pacientes con SCC y riesgo muy alto de eventos CV	Ila	A

RECOMENDACIONES	CLASE	NIVEL
Se recomiendan los BB para los pacientes con disfunción del VI o IC	I	A
Se considerará el uso de la polipíldora cardiovascular para la mejora de la adherencia y el pronóstico en la prevención secundaria de los SCA, en pacientes en que estén indicados cada uno de los componentes por separado	Ila	B

**FIGURA 1. ALGORITMO PARA EL ABORDAJE DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE. ALGORITMO SIMPLIFICADO DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON EVA DE ALTO RIESGO.**

Combinación de terapias hipolipemiantes como primera línea terapéutica en pacientes de alto riesgo

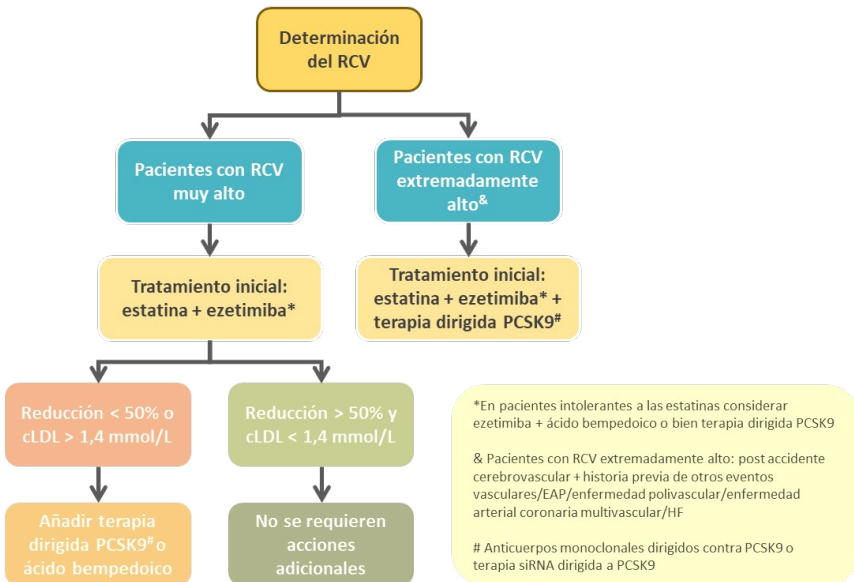


Figura adaptada y traducida de Ray KK, Reeskamp LF, Laufs U, et al (2022) Combination lipid-lowering therapy as first-line strategy in very high-risk patients. Eur Heart J 43:830–833.[120] Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/43/8/830/6390842?login=false>

## 9.5 ANEXO 5

---

### **TABLA 1. LAS RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.**

En los pacientes con SCC es necesario realizar recomendaciones sobre el estilo de vida con la participación del paciente y su familia o cuidadores en los que la comunicación recíproca es clave para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a las medidas higiénico-dietético.

**Las recomendaciones para la modificación del estilo de vida y control de los factores de riesgo son:**

- **Control de factores de riesgo cardiovascular**

Durante su ingreso hospitalario la toma y registro de las constantes vitales y la glucemia en pacientes diabéticos es necesario para el ajuste del tratamiento y un adecuado manejo de la enfermedad.

Monitorización de los factores de riesgo cardiovascular, estableciendo periodicidad según grado de modificación de cada FRCV.

Inclusión en el programa de monitorización domiciliaria según disponibilidad. Monitorear la condición del paciente y realizar pruebas y exámenes, adecuados a su ámbito profesional, necesarios para evaluar su progreso.

El perímetro de cintura es un marcador de obesidad central y tiene una clara relación con el desarrollo de ECV y diabetes. Se recomienda una circunferencia

de cintura  $< o = 94$  cm para los varones ( $< o = 90$  cm para los varones asiáticos) y  $< o = 80$  cm para las mujeres.

También es importante que la enfermera trabaje con otros profesionales de la salud para desarrollar un plan de atención personalizado para el paciente.

- **Tabaquismo**

El abandono del tabaquismo mejora el pronóstico de los pacientes con SCC y se asocia con una reducción del 36% del riesgo de mortalidad para los pacientes que dejan este hábito.

Las actividades que se recomiendan son:

- Consejos breves.
- Asesoramiento.
- Intervenciones conductuales.
- Tratamiento farmacológico: tratamiento de sustitución nicotínica, el bupropión y la vareniclina.
- Evitar ser fumadores pasivos.
- Los cigarrillos electrónicos son menos nocivos que los convencionales, pero siguen siendo perjudiciales.

- **Dieta y consumo de alcohol**

Una dieta saludable del paciente con SCC se asocia a una reducción de la mortalidad y los eventos CV.

Las recomendaciones de una dieta saludable son:

- Aumento de la fruta y vegetales  $> 200$  g de cada al día.
- Incluir de 35-45 g de fibra al día, preferentemente de cereales integrales.
- Consumo moderado de frutos secos (30 g al día, sin sal).
- 1-2 raciones de pescado a la semana, una de ellas debe ser pescado graso.
- El consumo de ácidos grasos saturados debe ser  $< 10\%$  de la ingesta calórica

total, se deben sustituir por ácidos grasos poliinsaturados.

- Minimizar el consumo de ácidos grasos insaturados trans que sea <1% de la ingesta calórica total, preferiblemente evitando los alimentos procesados.
- Reducir el consumo de sal a < 5-6 g al día
- Limitar el consumo de alcohol a < 100g/semana o <15 g/día
- Evitar el consumo de alimentos con alto contenido calórico, como los refrescos azucarados.

- **Control del peso**

La obesidad se asocia a una esperanza de vida más corta y el sobrepeso con el desarrollo de ECV más temprana.

Los sujetos con EC, la pérdida de peso intencionada se relaciona con un riesgo significativamente más bajo de resultados clínicos adversos.

Para el control del peso se recomienda una dieta saludable, con una ingesta calórica limitada a la cantidad necesaria para lograr y mantener un peso saludable (IMC<25), y un aumento de la actividad física.

- **Actividad física**

El ejercicio físico se considera “policomprimido” por sus múltiples efectos beneficiosos en los factores de riesgo y la fisiología de la CV.

Para los pacientes con SCC se recomienda realizar 30-60 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada al menos 5 veces a la semana. Incluso la actividad irregular en el tiempo de ocio reduce el riesgo de mortalidad de los pacientes previamente sedentarios.

Los ejercicios de resistencia mantienen la masa muscular, la fuerza y la función muscular y combinados con los ejercicios aeróbicos mejorar la sensibilidad a la insulina y el control de los lípidos y la presión arterial.

- **Rehabilitación cardiaca**

La rehabilitación cardiaca basada en el ejercicio físico ha demostrado de forma consistente su eficacia para reducir la mortalidad y las hospitalizaciones por causas de CV.

Los beneficios de la rehabilitación cardiaca se producen en todas las categorías diagnósticas.

- **Factores psicosociales**

La posibilidad de sufrir trastornos de ansiedad y del ánimo de los pacientes diagnosticados de EC es el doble que el de las personas sin EC.

El estrés psicosocial, la depresión y la ansiedad se asocian a una menor adherencia a los tratamientos y a realizar cambios en el estilo de vida.

Las intervenciones psicosociales y el tratamiento farmacológico han demostrado tener efectos beneficiosos en la depresión, ansiedad y el estrés.

- **Factores ambientales**

Los pacientes deben estar informados sobre los riesgos de contaminación del aire y el ruido ambiental.

La exposición al aire contaminado aumenta el riesgo de IM, hospitalizaciones y muerte por IC, ictus y arritmias.

Se debe recomendar a los pacientes con ECC:

- Evitar las zonas de tráfico congestionado.
- La utilización de purificadores con filtros de alta eficacia (HEPA) para los interiores.
- El uso de mascarillas FFP2 en zonas muy contaminadas como protector.

- **Actividad sexual**

Los pacientes con ECC a menudo se preocupan por el riesgo de CV asociado con la actividad sexual o sufren disfunción sexual, el personal sanitario debe preguntar a los pacientes sobre la actividad sexual y ofrecer asesoramiento.

El riesgo de muerte súbita o IAM es muy bajo, especialmente si la actividad sexual con una pareja estable, en un ambiente sin estrés y no hay previamente una ingesta excesiva de comida o alcohol.

La actividad física regular disminuye el riesgo de eventos adversos durante la actividad sexual.

La disfunción sexual en los pacientes con SCC incluye la disminución de la libido y de la actividad sexual, y se asocia con una alta prevalencia de disfunción eréctil. La disfunción sexual puede estar causada por enfermedad vascular subyacente, factores psicosociales fármacos específicos, número de medicamentos y cambio en las relaciones.

Los diuréticos tiazídicos y los bloqueadores beta (a excepción del nebivolol) influyen negativamente en la función eréctil. Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 usados para tratar la disfunción eréctil suelen ser seguros en los pacientes con SCC, pero no se deben administrar a pacientes tratados con nitratos.

- **Adherencia y sostenibilidad**

Es un reto la adherencia a los tratamientos y cambios en los estilos de vida del paciente con ECC.

Asegurarse de que el paciente está tomando sus medicamentos de manera correcta y que entiende la importancia de tomarlos de manera consistente.

La polifarmacia y la complejidad de los tratamientos se asocia a una menor adherencia y tasas más altas de hospitalización. La simplificación del régimen terapéutico junto con estrategias de formación cognitiva, seguimiento, la monitorización electrónica y el apoyo del personal de enfermería puede ayudar a

una mayor adherencia de los pacientes.

En cada consulta se debe promover el cambio de comportamiento y la adherencia al tratamiento, enfatizar su importancia y derivar para asesoramiento cuando sea necesario, reforzando los logros de los pacientes. Hay que establecer periodicidad según grado de cumplimiento previo.

Inclusión en programa de monitorización domiciliaria según disponibilidad.

- **Vacunación**

La vacunación anual contra la gripe puede mejorar la prevención de IAM en pacientes con SCC, cambiar el pronóstico de la IC y reducir la mortalidad CV en adultos de edad > 65 años.

Por ello, se recomienda la vacunación anual contra la gripe para los pacientes con EC, particularmente los ancianos.

Se aconseja el registro como población de riesgo para programas vacunales anuales (COVID, neumococo.)

## **TABLA 2. PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON.**

### **> Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud:**

- Percepción del estado de salud o calidad de vida.
- Conocimientos sobre la enfermedad: signos y síntomas de alarma y/o complicaciones potenciales.
- Actitud ante la enfermedad (indiferencia, infravaloración, rechazo y/o sobrevaloración) y motivación para adoptar comportamientos saludables.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, café, otras drogas, etc.
- Nivel de cumplimiento de los autocuidados: dieta, ejercicio, asistencia a consultas de seguimiento, fármacos.
- Cuestionarios:



- Morisky-Green-Levine (adherencia al tratamiento).
- Fagestrom (Adicción a la nicotina).
- Richmond (motivación para dejar de fumar).
- Cage (medición de consumo de alcohol).

### > Patrón 2. Nutricional-metabólico:

- Hábitos dietéticos: dieta, falta de conocimientos sobre dieta cardiosaludable.
- Falta de apetito.
- Problemas gastrointestinales (efectos secundarios de la medicación) y/o intolerancias.
- Lugar de comidas: domicilio, fuera de casa.
- N° de comidas y horarios.
- Ingesta habitual de alimentos: cantidades, contenido en sodio, precocinados, enlatados, embutidos.
- Ingesta habitual de líquidos: agua, café, concentrados de caldo, bebidas carbonatadas.
- Perdida de agua y electrolitos debido al consumo de diuréticos.
- Restricciones en la dieta: sal, café, grasas.
- Antecedentes personales de Diabetes Mellitus, hipertensión, dislipemia.
- Cuestionarios:
  - Cuestionario Adherencia dieta mediterránea.
  - Test de Frindich (riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2).

### > Patrón 3. Eliminación:

- Problemas de eliminación fecal: estreñimiento, dolor, cambios de hábitos intestinales.
- Problemas de eliminación urinaria: poliuria, polaquiuria.

### > Patrón 4. Actividad-ejercicio:

- Tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria.
- Ejercicio físico y tipo.

- Conocimientos sobre los beneficios del ejercicio.
- Deporte y tipo.
- Sedentarismo.
- Debilidad o cansancio.
- Disnea con/sin esfuerzo y/o aparición de tos.
- Cuestionarios:
  - Escala de Barthel (realización de la ABVD)
  - BPAAT (evaluación de la actividad física)
  - Escala de Lawton y Brody (realización de AIVD)

#### > Patrón 5. Sueño-descanso:

- Dificultad para conciliar el sueño y/o despertares durante la noche.
- Alteraciones objetivas de cansancio.

#### > Patrón 6. Cognitivo-perceptivo:

- Capacidades para comprender la información.
- Manejo del dolor torácico: presencia, reconocimiento, descripción de localización, calidad e intensidad y factores desencadenantes.
- Conocimientos para mejorar la salud.
- Nivel cultural.
- Cuestionarios:
  - Escala visual analógica dolor.

#### > Patrón 7. Auto percepción-autoconcepto:

- Imagen corporal, sentimientos de valía personal y emociones.
- Miedo y sentimientos de susceptibilidad.
- Temor a la muerte.
- Preocupación por familia, empleo, situación económica.
- Negación de la importancia de síntomas y/o enfermedad.
- Expresiones de desesperanza y/o inutilidad.
- Cuestionarios:

- Escala de Goldberg (ansiedad y depresión).
- Escala de Yesavage (depresión geriátrica).

#### > Patrón 8. Rol-relaciones:

- Situación laboral: influencia del desempeño de su profesión en la enfermedad y su tratamiento.
- Relaciones sociales: apoyo familiar para el seguimiento del tratamiento .
- Cuestionarios:
  - Escala sociofamiliar de Gijón.
  - Zarit (sobrecarga del cuidador).

#### > Patrón 9. Sexualidad-reproducción:

- Ansiedad respecto a la práctica sexual.
- Problemas de disfunción eréctil o eyaculación precoz.
- Dificultad o disminución de la libido tras evento cardiovascular.

#### > Patrón 10. Afrontamiento:

- Control del estrés.
- Nivel percibido de estrés
- Aceptación de la enfermedad.
- Cambios importantes.
- Mecanismos de afrontamiento.
- Sistemas de apoyo.

#### > Patrón 11. Valores y creencias:

- Valores y creencias culturales y espirituales que afecten a su enfermedad.
- Valor otorgado a las creencias.

### **TABLA 3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

La realización del Plan de cuidados de enfermería tiene el objetivo de garantizar al individuo un modelo de atención que tenga en cuenta el fomento del autocuidado, así como la potenciación de sus capacidades para poder ser independientes a la hora de satisfacer sus necesidades básicas y las Actividades de la Vida Diaria.

Es indispensable que previamente se haya realizado una valoración integral del paciente por Patrones Funcionales de M. Gordon.

A continuación, se describen los diagnósticos enfermeros más frecuentes en el paciente con CIC formulados con taxonomía NANDA y los NOC y NIC relacionados con el diagnóstico para que el profesional pueda elegir cual o cuales de ellos son los apropiados a las necesidades del paciente.

<b>DX</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	1805 Conocimiento: conducta sanitaria. 1601 Conducta de cumplimiento. 1602 Conducta de fomento de la salud.	7310 Cuidados de enfermería al ingreso. 4360 Modificación de la conducta. 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo. 5440 Aumentar los sistemas de apoyo.
00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: PROCESO DE LA ENFERMEDAD Y RÉGIMEN TERAPÉUTICO	1803 Conocimiento: Proceso de la enfermedad. 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico.	5602 Enseñanza: Proceso de la enfermedad. 5618 Enseñanza: Procedimiento/ Tratamiento. 5612 Enseñanza: Actividad/ ejercicio prescrito. 5614 Enseñanza: Dieta prescrita. 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos.

DX	NOC	NIC
00004 RIESGO DE INFECCIÓN	1902 Control de riesgo. 1908 Detección del riesgo.	6540 Control de infecciones. 6610 Identificación de los riesgos.
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	0218 Movilidad. 0210 Realización de la transferencia.	1805 Ayuda con los autocuidados: AIVD. 5612 Enseñanza: Actividad/ ejercicio prescrito. 5606 Enseñanza: Individual.
00146 ANSIEDAD	1302 Afrontamiento de problemas. 1211 Nivel de ansiedad.	5270 Apoyo emocional. 5230 Aumentar afrontamiento. 5820 Disminución de la ansiedad. 4920 Escucha activa.
00148 TEMOR	1210 Nivel de miedo. 1404 Autocontrol de la ansiedad.	5230 Mejorar el afrontamiento. 5820 Disminución de la ansiedad.
00132 DOLOR AGUDO	1605 Control del dolor. 2102 Nivel del dolor.	1410 Manejo del dolor: Agudo. 2380 Manejo de la mediación. 6650 Vigilancia.
00011 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	1608 Control de síntomas. 0501 Eliminación intestinal. 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.	0450 Manejo del estreñimiento. 1100 Manejo de la nutrición. 6610 Identificación de riesgo.
00059 DISFUNCIÓN SEXUAL	0019 Funcionamiento sexual. 1815 Conocimiento funcionamiento sexual.	5248 Asesoramiento sexual. 5820 Disminución sexual.

DX	NOC	NIC
00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	2600 Afrontamiento de los procesos de la familia. 2604 Normalización de la familia. 2608 Resiliencia familiar. 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento.	5230 Mejorar el afrontamiento. 7130 Mantenimiento de procesos familiares. 7140 Apoyo a la familia. 8340 Fomentar la resiliencia.

**TABLA 4. ÍNDICE DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.**

**Índice Barthel.**

Actividad	Valoración	Puntos
Comer	• Totalmente independiente.	10
	• Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente.	0
Lavarse	• Independiente: Entra y sale solo del baño.	5
	• Dependiente.	0
Vestirse	• Independiente: Capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	• Necesita ayuda.	5
	• Dependiente.	0
Arreglarse	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	• Dependiente.	0

Actividad	Valoración	Puntos
Deposiciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continencia normal.</li> <li>• Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.</li> <li>• Incontinencia.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10 5 0</p>
Micción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.</li> <li>• Un episodio diario máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.</li> <li>• Incontinencia.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10 5 0</p>
Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponérsela ropa...</li> <li>• Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10 5 0</p>
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente para ir del sillón a la cama.</li> <li>• Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.</li> <li>• Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">15 10 5 0</p>
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente, camina solo 50 metros.</li> <li>• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.</li> <li>• Independiente en silla de ruedas sin ayuda.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">15 10 5 0</p>
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente para bajar y subir escaleras.</li> <li>• Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10 5 0</p>

**TOTAL** .....

## **TABLA 5. ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN.**

### **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (Abreviada y modificada)**

(Versión de Barcelona)

#### **Situación familiar.**

1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.
2. Vive con pareja de similar edad.
3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.

#### **Relaciones y contactos sociales.**

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).

#### **Apoyos red social.**

1. No necesita ningún apoyo.
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Recibe apoyo social formal suficiente (Centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).
4. Tiene soporte social, pero es insuficiente.
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.

#### **Puntuación:**

- < 7 puntos: Situación social buena (Bajo riesgo institucionalización).
- 8-9 puntos: Situación intermedia.
- > 10 puntos: Deterioro social severo (Alto riesgo institucionalización).



## **TABLA 6. VALORACIÓN SOCIAL DESDE AP.**

*(Guía de Organización y Funcionamiento del trabajo social sanitario en Atención Primaria de Salud del SES).*

### **> Estudio socio-familiar**

En estos pacientes se valorará:

- Situación familiar: Miembros de la unidad familiar, ciclo vital, función familiar
- Red de apoyo. Situación sanitaria.
- Relaciones con el entorno.
- Situación económica-laboral.
- Situación de la vivienda.
- Situación legal.

Los procedimientos propuestos para la obtención de esta información se realizarán a través de:

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con las personas que ejercen como cuidadores principales y secundarios.
- Visita al domicilio.
- Puesta en contacto con otras personas de su círculo familiar o social que puedan aportar información relativa al caso.
- Solicitud de información a entidades o instituciones que puedan aportar otro tipo de información.

Algunos instrumentos y escalas de apoyo pueden resultar útiles en este apartado, estando todos ellos disponibles en la Guía de Organización y Funcionamiento del trabajo social sanitario en Atención Primaria de Salud del SES.

- Genograma y el mapa de relaciones familiares. Genograma y el mapa de

relaciones familiares.

- Clasificación adaptada de Carter y McGoldrick.
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.
- Índice de Barthel de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Índice de Lawton y Brondy de Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Guión de estudio de la situación global de la persona que ejerce como cuidadora principal.
- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.
- Distribución de las actividades y responsabilidades de cuidado.
- Cuestionario de Apgar familiar de Smilkstein.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Guión entrevista cuidados formales.

Los resultados de dicha valoración quedarán registrados en la historia social digital de JARA.

### > Identificar problemas sociales (CIAP2-Z)

Tras la valoración deberá identificarse la posible existencia de problemas sociales según la Clasificación Internacional de Atención Primaria de la WONCA. El registro se realizará por parte del TS en el apartado de problemas de salud de la Historia Social Digital.

### > Diagnóstico social

Tras el análisis de las distintas variables sociofamiliares se elaborará el diagnóstico social en caso de que existan. Su registro se incorporará a la Historia Social Digital.

### > Plan de intervención social

El proceso de valoración social finalizará con el desarrollo de un Plan de Intervención Social (P.I.S) en caso de la detección de necesidades. Este constará de los siguientes apartados:

- Establecimiento de objetivos.
- Identificación de recursos / prestaciones idóneas / posibles.
- Información, orientación, tramitación y canalización de recursos y prestaciones.
- Tratamiento psicosocial.
- Recomendaciones de Educación para la Salud.
- Coordinación de intervenciones con otros niveles asistenciales sanitarios.
- Coordinación con servicios sociales y entidades de carácter público y privado.
- Derivaciones a otros niveles asistenciales y otros recursos sociales.
- Plan de evaluación y seguimiento.

El registro del plan deberá constar en la Historia Social Digital.

### **TABLA 7. VALORACIÓN SOCIAL DESDE AH.**

*“Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria. Organización y Funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social Hospitalaria”.*

#### **> Protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares**

##### **Definición**

Cada familia vive la enfermedad de forma particular, y los factores que hace que respondan de un modo u otro, y por lo tanto, que definan la predisposición de la familia ante la enfermedad, son numerosos y variados pudiéndose concretar en los siguientes: el nivel de gravedad de la enfermedad, la persona de la familia enferma, la situación socioeconómica, la capacidad física y de responsabilidad que puedan asumir los familiares para cuidar a la persona enferma, los recursos externos de apoyo con los que cuenten, la relación afectiva existente, la tensión emocional, y la experiencia previa de otras personas de la familia ante la enfermedad.

Las dificultades personales y familiares para hacer frente al problema de salud es una de las principales causas de malestar que las y los Trabajadores Sociales de ámbito hospitalario nos encontramos, además de las dificultades económicas relacionadas con los gastos extraordinarios derivados del cuidado de la persona, disminución de los ingresos económicos sobre todo cuando se trata de una persona económicamente activa de la familia.

La Trabajadora Social o el Trabajador Social Sanitario realizará el estudio de la problemática social que presenta la/el paciente crónica/o, así como de sus necesidades, fortalezas y valorará el recurso idóneo en el momento del alta a fin de garantizar la continuidad de cuidados.

### **Objetivo general**

Detectar las dificultades sociofamiliares y económicas que presenta cada paciente, así como planificar la adecuada utilización de los recursos sociales para el mantenimiento o mejora de la calidad de vida de la persona una vez dado de alta.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las dificultades personales, familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud de cada paciente.
- Contribuir a que las personas recuperen calidad de vida y a su vez que sean parte activa en la toma de decisiones y ejercer el control sobre su vida personal.
- Informar, orientar y asesorar al equipo asistencial sobre los aspectos psicosociales de pacientes y familias que puedan incidir en el proceso de enfermedad.
- Asegurar la continuidad de la asistencia sociosanitaria en la planificación del alta hospitalaria.

## **Población diana**

Pacientes con enfermedad crónica que presentan dificultades sociofamiliares, que se encuentren en situación de ingreso en las distintas unidades hospitalarias. Los criterios de derivación e inclusión en este protocolo son:

- Paciente no acompañado en el ingreso.
- Vive sola/o y/ o precisa ayuda temporal o permanente.
- Escasa o nula red de apoyo familiar.
- Grado de dependencia severa o va a precisar ubicación terapéutica fuera del domicilio.
- No comprensión o seguimiento de las pautas terapéuticas.
- Pertenecer a grupos de especial riesgo de padecer exclusión social: personas en situación de calle, personas inmigrantes, minorías étnicas, personas con discapacidad, pacientes con VIH, paciente con conductas adictivas, personas ex-reclusas, etc.

## **Circuito de acceso**

El acceso a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria se realizará:

- Mediante orden clínica, remitida por el servicio clínico donde se encuentre la persona hospitalizada.
- A demanda de pacientes, familiares y personas cuidadoras.
- Derivación de otros profesionales de otros ámbitos.

## **Fases de la intervención de la figura del Trabajo Social Sanitario**

El acceso a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria se realizará:

### **1. Valoración social inicial.**

- Se realizará la primera entrevista con cada paciente y su familia entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.
- Se determinará si el paciente presenta deterioro social severo, situación

intermedia, o situación social buena.

2. **Seguimiento del caso social, en función de la existencia de deterioro social severo y situación intermedia.**
3. **Estudio y valoración social. Se estudiará y valorará las siguientes áreas:**

**A) Área personal y Socio- familiar:**

- Unidad de Convivencia
- Dinámica familiar.
- Estructura familiar.
- Funcionalidad.
- Resiliencia del Sistema Familiar.
- Red de apoyo familiar:
  - Personas cuidadoras formales e informales.
  - Identificación de la persona cuidadora principal y secundaria.
  - Organización de los cuidados.
  - Sobrecarga de la persona cuidadora y riesgo de claudicación.
  - Competencias y habilidades de la persona cuidadora.
  - Recursos institucionales, titularidad, tipo de servicio, periodicidad y horario, coste, satisfacción.

**B) Área de salud:**

- Autonomía personal.
- Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- Adherencia al tratamiento.

**C) Área económico- laboral:**

- Ingresos propios.
- Ingresos unidad de convivencia.
- Gastos derivados de los cuidados extraordinarios.

**D) Área jurídico- legal:**

- Incapacidad.

#### **E) Características del medio y del entorno:**

- Situación de la vivienda: tipología, régimen, de tenencia, habitabilidad, equipamiento, barreras arquitectónicas.
- Relaciones con el entorno: ocio, aficiones, visitas que recibe.

#### **4. Diagnóstico social sanitario.**

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables Socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

#### **5. Plan de intervención social.**

- Planificar la intervención diseñando una estrategia de acción que se concreta en un plan de trabajo con objetivos, actividades, niveles de actuación, metodología y recursos utilizados.
- El plan de intervención social comprende:
  - Tratamiento psicosocial:
    - Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con el paciente y familia, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
    - Información y orientación sobre ajustes o cambios a realizar para los objetivos del proceso de enfermedad.
    - Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de pacientes y familias para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
    - Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.
    - Mediar ante situaciones de conflicto familiar.
- Información y tramitación de recursos:

Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en el proceso de recuperación.

Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios, sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.

Apoyar a pacientes y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.

Elaboración de informe social, cuando proceda.

Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos de Atención Primaria, Atención Sociosanitaria, Servicios Sociales, Servicios Especializados y Entidades del Tercer Sector.

El plan de intervención social se consensuará previamente con pacientes y familias y posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado de la persona, procediendo al registro en la Historia Social del sistema de información Jara Asistencial.

### **Técnica e instrumentos**

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración de riesgo Socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.
- Guion de estudio de la situación global de la persona que ejerce como cuidadora principal.



- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

## 6. Evaluación.

Se realizará una evaluación continua de la actividad de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria, para determinar si las acciones realizadas, llevan a la consecución de los objetivos fijados. Debe realizarse desde el comienzo y a través de todo el proceso, ya que, de esta manera, se pueden clarificar los objetivos o establecer la necesidad de una modificación cuando se hayan producido cambios en la situación.

Basándonos en datos cuantitativos, como el número de ingresos, de informes realizados, de altas, etc. podremos ver el alcance que ha tenido el protocolo.

Entre los indicadores para evaluar la intervención social podemos destacar:

- Indicador de demanda social, que hace la persona a la Unidad de Trabajo Social/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicador de necesidad social detectada de las personas atendidas por la UTSH/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicador de persona que no necesita recursos/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicadores de adecuación de los recursos que tiene necesidad de dicho recurso/total de población cubierta dentro del protocolo.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que presentan deterioro social

severo.

- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que en la planificación del alta hospitalaria se gestiona y deriva a centro residencial como recurso finalista.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en centro sociosanitario como periodo temporal de convalecencia.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social al a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que en la planificación del alta hospitalaria regresan al domicilio con apoyo familiar y de atención domiciliaria.

#### **TABLA 8. OTROS CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL.**

- Dificultades en relación con la vivienda: barreras arquitectónicas que dificulten el acceso a centros de salud, insalubridad...
- Dificultades que se puedan prever relacionadas con el ámbito laboral tras el diagnóstico de CIC.
- Dificultad en comprensión de pauta terapéutica. Ser cuidador principal de otras personas que tenga a cargo.
- Contar con cuidador principal único.
- Problemas de acceso a prestaciones sanitarias.
- Pacientes con otras patologías que requieran coordinación con profesionales de otros servicios sociales o unidades socio-sanitarias (ESM, ECAs, dependencia, servicios sociales de atención social básica...).
- Vive solo y precisa ayuda, o se prevé va a precisar ayuda temporal o permanente.
- No estar acompañado en ingreso o acceso a urgencias.
- Pacientes de edad avanzada con escasa o nula red de apoyo.
- Pertener a grupos de especial riesgo de padecer exclusión social: Personas sin techo, inmigrantes, minorías étnicas, discapacitados, pacientes con VIH, drogodependencias, ex-reclusos, etc.
- Reingresos frecuentes.

## 9.6 ANEXO 6

**TABLA 1. EL INFORME DE ALTA: “LO QUE NUNCA PUEDE FALTAR”.**

**> Alta médica:**

Normas generales: estructura de fácil lectura, evitar siglas no habituales y abreviaturas.

APARTADO	COMENTARIO
Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivo del ingreso y fecha.</li> </ul>
Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alergias medicamentosas.</li> <li>Consumo fármacos (convencionales y no convencionales, fitoterapia, etc...).</li> <li>Factores de riesgo cardiovascular asociados (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y sobrepeso u obesidad).</li> <li>Antecedentes médicos (EPOC, ERC, Anemia, Enf. Hepática) y quirúrgicos.</li> <li>Ingresos previos (fecha ingreso y motivo).</li> </ul>
Situación basal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clase funcional NYHA.</li> <li>Grado de dependencia (índice de Barthel).</li> </ul>
Procedimientos realizados y resultados de los mismos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos más relevantes de la exploración y anamnesis.</li> <li>Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, troponinas.</li> <li>Técnicas diagnósticas: ECG, radiografía de tórax, Ecocardiograma, Coronariografía y angioplastia, y otras si procede como ergometría o TAC coronario.</li> <li>Pruebas que faltan por realizar y plan para realizarlas.</li> </ul>
Motivo de alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha.</li> <li>Diagnóstico principal (incluir FEVI, clase funcional al alta, etc).</li> <li>Diagnósticos secundarios: comorbilidades relevantes.</li> <li>Describir todas las complicaciones -si las hubiere- durante el ingreso.</li> </ul>

APARTADO	COMENTARIO
Tratamiento/ recomendaciones	<p>Objetivos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones sobre ejercicio físico y dieta.</li> <li>• Abstención absoluta del tabaco, evitar alcohol.</li> <li>• Vacunación antigripal anual/antineumocócica.</li> <li>• Factores de riesgo cardiovascular, en general:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presión arterial: &lt;140/90 mmHg.</li> <li>- Lípidos: objetivo c-LDL según RCV del paciente.</li> <li>- Diabetes: HbA1c &lt;7,0% (variable según edad, comorbilidad)</li> <li>- Frecuencia cardiaca: &lt;70 lpm si ritmo sinusal, &lt;90 lpm si fibrilación auricular.</li> </ul> </li> <li>• Fármacos para mejoría pronóstica y anti anginosos si procede (hipolipemiantes, antiagregación y tiempos de la misma, anticoagulación si procede, β-bloqueantes, IECAS/ARAI, etc.):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Especificar dosis, horario y duración del tratamiento.</li> </ul> </li> <li>• Otros tratamientos.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Especificar dosis, horario y duración.</li> </ul> </li> <li>• Especificar fármacos a evitar.</li> <li>• Detallar los plazos para el seguimiento.</li> <li>• Detallar la información facilitada al paciente y su familia sobre el proceso de su enfermedad.</li> </ul>
Visitas tras el alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 24 horas después del alta, contacto telefónico con una enfermera (gestora de casos).</li> <li>• Atención Primaria &lt; 10 días.</li> <li>• Cardiología : 30 días.</li> </ul>
Datos de contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar correctamente autor/es del informe (nombre del facultativo responsable y categoría profesional).</li> <li>• Teléfono /e-mail de contacto.</li> </ul>

> **Alta de Enfermería: Informe de Continuidad de Cuidados.**

APARTADO	COMENTARIO
Datos Iniciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivos de Atención.</li> <li>• Antecedentes y Hábitos tóxicos.</li> <li>• Factores de riesgo cardiovascular asociados (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y sobrepeso u obesidad).</li> <li>• Alergias medicamentosas.</li> <li>• Antecedentes personales y familiares (EPOC, ERC, Anemia, Enf. Hepática) y quirúrgicos.</li> <li>• Consumo fármacos (convencionales y no convencionales, fitoterapia, etc...).</li> <li>• Resumen de la valoración enfermería.</li> </ul>
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas/Diagnósticos de enfermería no resueltos.</li> <li>• Criterios de resultados (NOC) e Intervenciones (NIC).</li> <li>• Indicar persona de referencia y/o cuidador principal.</li> </ul>
Resumen de las notas de evolución de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen destacable de la evolución.</li> </ul>
Alta/traslado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones para el paciente.</li> <li>• Recomendaciones para los profesionales.</li> <li>• Plan de Seguimiento.</li> </ul>
Datos de contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar correctamente autor/es del informe (nombre de la enfermera responsable).</li> <li>• Teléfono /e-mail de contacto.</li> </ul>

## 9.7 ANEXO 7

**TABLA 1. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE LOS PACIENTES QUE PASAN A FORMAR PARTE DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.**

	BAJO RIESGO	MODERADO ALTO RIESGO
CAPACIDAD FUNCIONAL (En ergometría)	> 7 METS	< 7 METS
FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO	> 50%	< 50%
ARRITMIAS MALIGNAS (O SEVERAS?)	NO	SÍ
ISQUEMIA RESIDUAL	NO	SÍ
HIPERTENSIÓN PULMONAR MODERADA-SEVERA	NO	SÍ
DEPRESIÓN/ANSIEDAD (*)	NO	SÍ
CRITERIOS DE FRAGILIDAD	NO	SÍ

**TABLA 2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA ESTABLECIDOS POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.**

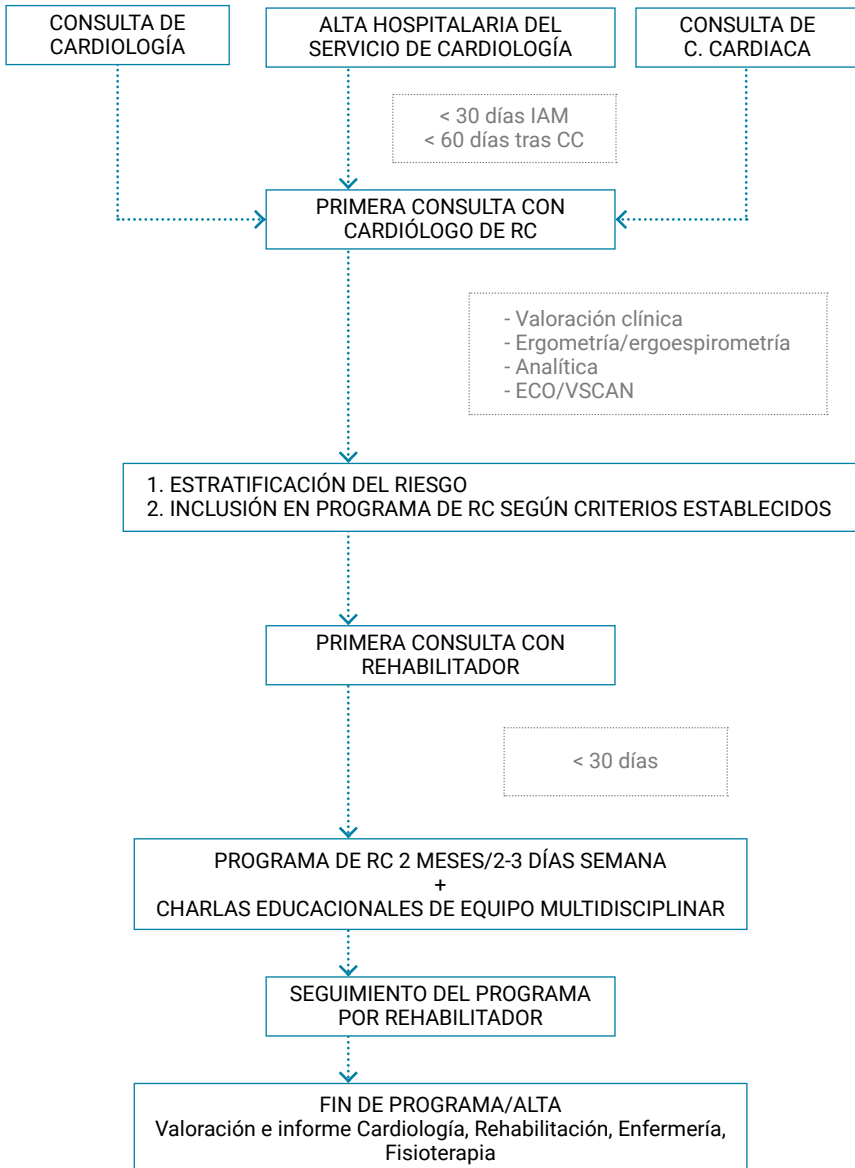
<b>Cardiopatía isquémica :</b>
• Síndrome coronario agudo.
• Intervención coronaria percutánea.
• Cirugía de revascularización coronaria.
• Angina Crónica Estable.
Insuficiencia cardíaca
Trasplante cardíaco
Intervención sobre válvulas cardíacas
Intervención por cardiopatía congénita

Implantación de dispositivos: marcapasos, DAI, resincro, asistencia ventricular
Enfermedad arterial periférica
Pacientes sin cardiopatía pero considerados de alto riesgo

**TABLA 3. PROCESO DE DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.**

PROCEDENCIA	VÍA
Hospitalización de Cardiología	Tras el alta (Valoración de 30 días)
Consultas externas de Cardiología	Paciente estable
Consultas de cirugía cardíaca	Tras revisión

**FIGURA 1. FLUJOGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.**





## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHO Global Infobase. <https://asksource.info/resources/who-global-infobase>.
2. Villar F, Banegas JR, Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis; 2007.
3. Cequier Á, Ortiga B. Clinical management levels. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015;68:465-8. doi: 10.1016/j.rec.2015.02.010.
4. Atlas Writing Group. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019 (Executive Summary). Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2020;6:7-9. doi: 10.1093/ehjqcco/qcz065.
5. Timmis A, Townsend N, Gale CP et al. European Society of Cardiology. Cardiovascular Disease Statistics 2019. Eu Heart J. 2020;41:12-85. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa062>
6. Fernández-Bergés D, Buitrago Ramírez F, Palomo Cobos L, Lozano Mera L, González-Fernández MR, Rubini A, Ramírez Moreno JM, Robles Pérez-Monteoliva NR, Félix-Redondo FJ. Incidencia de cardiopatía isquémica en el estudio HERMEX y su asociación con los factores de riesgo cardiovascular clásicos. Semergen. 2022;48:88-95. doi: 10.1016/j.semerg.2021.09.007.
7. Informe anual del Sistema Nacional de salud 2022. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME\\_ANUAL\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf)
8. Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in

Clinical Practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106

9. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. ESC Scientific Document Group, 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC), *Eur Heart J*. 2020; 41:407-77. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>.
10. L.J. Visseren F, Mach F, M. Smulders Y, et al (2022) Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica: *Rev Esp Cardiol* 75:429.e1-429.e104. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.016>
11. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:580-91. doi: 10.1056/NEJMoa0706245.
12. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, et al . Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J*. 2017 38:2459-2472. doi: 10.1093/eurheartj/ehx144.
13. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1-12. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.044.
14. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*.2007;115:2675-2682. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945

15. Salisbury C. Rehabilitation after myocardial infarction: the role of the community nurse. *Nurs Stand.* 1996;10:49-51. doi: 10.7748/ns.10.23.49.s52.
16. González López JL, Capote TML. Educación continuada en consulta de enfermería especializada: La herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. *Enferm Cardiol.* 2005;12:13-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2331700.pdf>
17. Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2015;24:1686-92. doi: 10.1111/jocn.12775.
18. McNamara RL, Spatz ES, Kelley TA, Stowell CJ, Beltrame J, Heidenreich P et al. Standardized Outcome Measurement for Patients With Coronary Artery Disease: Consensus From the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *J Am Heart Assoc.* 2015;4:e001767. doi: 10.1161/JAHA.115.001767.
19. Amado Guirado Esther. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. 2012. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2020/03/Elementos-b%C3%A1sicos-del-abordaje...completo.pdf>
20. Servicio Extremeño de Salud. Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria. Organización y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria. 2020. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura. Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/saludteca/uploaded\\_files/Libros/TRABAJO%20SOCIAL.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/saludteca/uploaded_files/Libros/TRABAJO%20SOCIAL.pdf)
21. Servicio Extremeño de Salud. Organización y Funcionamiento del Trabajo

Social Sanitario en Atención Primaria de Salud. 2007. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Principal/Recursos%20Sociales/Organizacion%20y%20Funcionamiento%20del%20Trabajo%20Social%20Sanitario%20en%20Atencion%20Primaria%20de%20Salud.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Recursos%20Sociales/Organizacion%20y%20Funcionamiento%20del%20Trabajo%20Social%20Sanitario%20en%20Atencion%20Primaria%20de%20Salud.pdf)

22. Cuartas Murillo V, Escobar Zuluaga A, Lotero García EV, Lemos Hoyos M., Arango Lasprilla JC, Rogers H. Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. CES Psicología. 2008;1(2):19–40. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/77>
23. 25. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS. Plan de Calidad para el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/opsc\\_est20.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/opsc_est20.pdf)







