

### **Cómo citar este documento**

Cantón Ponce, María Dolores; Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Carranza Miranda, Eva María. Programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca. Incluye prevención primaria en personas con alto riesgo cardiovascular. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0410.php>

## **PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y REHABILITACIÓN CARDIACA. INCLUYE PREVENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR**

### **RESUMEN:**

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental. Las personas que sobreviven tienen un riesgo de muerte de 2 a 9 veces más alto que la población general.

Los factores de riesgo cardiovascular son características biológicas que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular en aquellos individuos que las presentan y suelen clasificarse en factores de riesgo cardiovascular causales, condicionales y predisponentes. Así es la prevención (tanto primaria, secundaria y terciaria) la que adquiere un papel protagonista.

Se diseña una estrategia y una metodología para la medición de resultados en salud, circuitos a seguir, en la atención a las personas con un alto riesgo cardiovascular o un evento coronario anterior. Dicha estrategia se basa en las mejores evidencias disponibles en nuestros días y teniendo en cuenta la aplicación del ámbito local donde van a ser establecidas.

## INDICE

- INTRODUCCIÓN
- EVIDENCIAS CLÍNICAS EN LA ATENCIÓN AL RIESGO CARDIOVASCULAR.
- ANÁLISIS DAFO
- IMPLEMENTACIÓN DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN LOCALIDADES DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN NORTE.
- FASES DEL PPSyRC:
- NIVELES DE RIESGO
- INTERVENCIÓN GRUPAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y PSyRC.
  - o LIMITES ENTRADA
  - o CAPTACION
  - o AGENDAS DISPENSARIZADAS
  - o CONSULTA DE ENFERMERIA PRE-POST INTERVENCIÓN GRUPAL.
  - o GRUPO ABIERTO, SESIONES Y CONTENIDOS
- ACTUACIONES ESPECÍFICAS EN EL PPS y RC
- ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN
- EVALUACIÓN
- REGISTRO
- RECURSOS MATERIALES
- BIBLIOGRAFÍA
- ANEXOS.

## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS:

**-PPS y RC:** Programa de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca.

**-RCV:** Riesgo Cardiovascular.

**-FRCV:** Factor de Riesgo Cardiovascular.

**-MET:** Equivalente Metabólico.

**-IMC:** Índice de Masa Corporal.

**-IAM:** Infarto Agudo de Miocardio.

**-Prevención primaria:** es aquella que actúa en el periodo prepatogénico con lo que evita la aparición de la enfermedad, así principalmente encontramos como actividades de prevención primaria las vacunaciones y la quimioprofilaxis. Está vinculada a los profesionales sanitarios y persigue minimizar la probabilidad de que una enfermedad llegue a producirse.

Evita enfermedades que podrían no ocurrir nunca. Las intervenciones deben incidir en los factores que están relacionados con el riesgo de enfermar.

**-Prevención secundaria:** se refiere a la detección de la enfermedad en un periodo patogénico subclínico, antes de que se manifieste la enfermedad.

Se realiza mediante el cribado o screening, un ejemplo lo podemos encontrar con la mamografía para la detección precoz del cáncer de mama. Éste tipo de prevención está supeditada, principalmente, a la existencia de un instrumento que permita la detección de la enfermedad en su fase subclínica, que exista un tratamiento que en una fase precoz mejore el pronóstico de la historia natural de la enfermedad. Pretende mejorar el pronóstico de la enfermedad.

**-Prevención terciaria:** las intervenciones acaecen en el periodo patogénico con presencia de clínica. Las lesiones deben ser irreversibles y con carácter de cronicidad. Se persigue que la persona obtenga el máximo nivel de autonomía, bienestar y calidad de vida.

Como objetivo la prevención terciaria persigue retrasar el curso de la enfermedad, mejorar las funciones residuales de la persona y minimizar la aparición o gravedad de incapacidades.

## INTRODUCCIÓN:

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en el mundo occidental. Las personas que sobreviven se enfrentan a un futuro incierto, porque tienen un riesgo de muerte de 2 a 9 veces más alto que la población general.

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son características biológicas que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV) en aquellos individuos que las presentan y suelen clasificarse en FRCV causales, condicionales y predisponentes.

Los FRCV mayores son aquéllos para los que se ha demostrado un papel causal independiente y cuantificable, mostrando una fuerte asociación con la ECV y una gran prevalencia poblacional. Los FRCV condicionales se asocian a un mayor riesgo de ECV, pero no está probada su contribución causal independiente y cuantificable. Finalmente, los FRCV predisponentes actúan tendiendo a empeorar otros FRCV causales o condicionales.

<b>FRCV causales (mayores, independientes)</b>
Tabaquismo
Hipertensión arterial
Colesterol total y LDL elevados
Colesterol HDL bajo
Diabetes mellitus
Edad avanzada
<b>FRCV predisponentes</b>
Obesidad*
Obesidad abdominal#
Inactividad física*
Historia familiar de enfermedad coronaria prematura
Características étnicas
Factores psicosociales
<b>FRCV condicionales</b>
Hipertiglicidemia
Pequeñas partículas LDL
Homocisteína sérica elevada
Lipoproteína (a) sérica elevada
Factores protrombóticos (fibrinógeno)
Marcadores inflamatorios (proteína C reactiva)
<small>* Estos factores están considerados como FRCV mayores por la Asociación Americana del Corazón. #Los efectos adversos de la obesidad se empeoran cuando se expresa como obesidad abdominal, un indicador de resistencia a la insulina, FRCV. Factores de riesgo cardiovascular. LDL: Lipoproteínas de baja densidad; HDL: Lipoproteínas de alta densidad. Fuente: Tomado de: Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Foster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. <i>Circulation</i> 1998; 100: 1487-1492.</small>

Los individuos que han sufrido un evento isquémico agudo tienen mayor riesgo de padecer otro a corto plazo y en ellos se deben aplicar estrictas medidas de prevención secundaria. Esta situación nos ofrece a muchos candidatos a beneficiarse de Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PPSyRC), pero la realidad muestra que los pacientes que participan en ellos constituyen sólo un pequeño porcentaje a pesar de evidencias sólidas que nos avalan las intervenciones sobre éste colectivo de personas.

## EVIDENCIAS CLÍNICAS EN LA ATENCIÓN AL RIESGO CARDIOVASCULAR:

A continuación se muestran un extracto de las distintas evidencias clasificadas por áreas distintas y en las que se identifica la fuerza de la recomendación. Una relación de evidencias mucho más extensa se puede encontrar en el

Anexo IV.

<b>QUIÉN DEBE SER VALORADO:</b>
Se recomienda la valoración del riesgo cardiovascular: a toda persona > 40 años asintomático sin factores de riesgo conocidos. C
Las personas con diabetes o las que están recibiendo medicación o seguimiento de los cambios en sus estilos de vida por la presencia de otros factores de riesgo pueden necesitar valoraciones cada 3 a 6 meses. C
<b>HÁBITOS DIETÉTICOS CARDIOSALUDABLES</b>
La intervención dietética es fundamental en el manejo integral del RCV. A
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>
<b>RECOMENDACIONES GENERALES</b>
Toda la población debería tener como objetivo hacer un mínimo de 30 minutos de actividad física de moderada intensidad la mayoría de los días de la semana. B
<b>SOBREPESO Y OBESIDAD</b>
El tratamiento integral para adelgazar debería incluir la combinación de reducción de ingesta energética, aumento de la actividad física y terapia conductual. A
Considerar las intervenciones farmacológicas solo como un complemento a un programa global de manejo del peso que incluya dieta, actividad física y uso de métodos conductuales y motivacionales en pacientes con IMC > 30 o con IMC > 27 y RCV >7%. B
<b>RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL FUMADOR</b>
Se recomienda interrogar y registrar sistemáticamente, los antecedentes y consumo actual de tabaco a toda persona que consulte al sistema de atención de la salud. A
<b>INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR</b>
Todos los fumadores deberían ser animados a dejar de fumar. Dejar de fumar tiene importantes e inmediatos beneficios para la salud en todos los fumadores de cualquier edad. A
Se recomienda que los profesionales de la medicina y enfermería ofrezcan un consejo breve para dejar de fumar a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto, dado que esta breve intervención incrementa moderadamente la tasas de cesación tabáquica. A
<b>MODIFICACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO</b>
Una dieta cardiosaludable es recomendable en el manejo integral de las dislipemias. A
El tratamiento farmacológico hipolipemiante está indicado en prevención primaria en pacientes con riesgo cardiovascular alto (> 5%) cuando el C-LDL sea > 130 mg/dL. A
En general no se recomienda el uso de fármacos hipolipemiantes en personas con RCV bajo o moderado. B
Después de un evento coronario agudo (IM o angina inestable) se debe iniciar el tratamiento con estatinas simultáneamente con educación intensiva sobre estilos de vida. El tratamiento debe tener como objetivo bajar el LDL-C a menos de 100 mg/dL. A
<b>INTERVENCIONES SOBRE LA DIETA Y EL ESTILO DE VIDA QUE MODIFICAN EL PERFIL LIPÍDICO</b>
La intervención dietética se recomienda claramente como parte del manejo integral del colesterol y los lípidos sanguíneos. A
Aconsejar una dieta cardiosaludable basada en la dieta mediterránea, rica en vegetales incluyendo frutas, legumbres, cereales, nueces, semillas y el uso regular aceite de oliva. Este patrón alimenticio puede incluir esteroles o estanoles. A
<b>DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL</b>
La HTA se puede prevenir combinando cambios en el estilo de vida que incluyan evitar el sobrepeso, aumentar la actividad física, reducir el consumo de sal, de alcohol y otras medidas dietéticas. A
Para el tratamiento integral de la HTA se aconseja una dieta con contenido bajo en grasa total, ácidos grasos saturados y colesterol, y rica en frutas frescas, vegetales y productos lácteos desnatados. A

A las personas con HTA que presenten sobrepeso u obesidad se les debe dar recomendaciones apropiadas para la pérdida de peso. A
En el tratamiento de la HTA el consumo excesivo de alcohol debe identificarse y aconsejar la reducción o sustitución por bebidas sin alcohol. A
En el tratamiento de la HTA se debe reducir el consumo de sodio a no más de 2 g al día (cloruro de sodio 6 g). Ello supone limitar drásticamente todos los alimentos precocinados y las conservas, así como las bebidas efervescentes. A
<b>DIABETES MELLITUS</b>
A todas las personas con diabetes o con la agrupación de factores de riesgo conocida como Síndrome Metabólico, se les debe realizar un plan de cuidados sobre estilos de vida saludable. Los cambios en el estilo de vida que han demostrado beneficios son: Intervenciones dietéticas (A), Cese del hábito tabáquico (A) Realización de actividad física (B)

El diseño de las intervenciones se realiza a través de un programa multifactorial que tiene como pilares fundamentales el entrenamiento físico, la intervención educativa y el apoyo psicológico.

Diversos autores han demostrado el beneficio de los Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PPSyRC) en distintos aspectos clínicos, algunos con excelentes resultados en un programa desarrollado fuera del hospital de forma coordinada AH - AP, donde al comparar enfermos del mismo tipo que participaron en el programa de PPSyRC y los que no quisieron participar, se evidenció:

- Un mayor porcentaje de abandono de tabaco a los 3 y los 12 meses (4,6 frente a 15,6 % a los 12 meses;  $p < 0.05$ ).
- Un mejor índice de masa corporal ( $26 \pm 2$  frente a  $29 \pm 2$ ;  $p < 0.05$ ).
- Un control similar de dislipemias, glucemias y presión arterial.
- Una mejor calidad de vida al año ( $78 \pm 2$  frente a  $91 \pm 2$ ;  $p < 0.05$ ).
- Una mayor capacidad de esfuerzo ( $10,3 \pm 2$  frente a  $8,4 \pm 3$ ;  $p < 0.01$ ).
- Un mejor retorno laboral (84,6 frente al 53,3 %;  $p < 0.05$ ).

En otra publicación en la que se incluyen pacientes de bajo riesgo post-IAM, comparándolos con un grupo control formado por personas que rechazaron la inclusión en el programa, los autores concluyen que la PPSyRC tras un IAM de bajo riesgo da lugar a descensos significativos en la mortalidad e incidencia de nuevos eventos a largo plazo.

Igualmente se ha demostrado una mayor y más precoz reincorporación laboral de los pacientes con síndrome coronario agudo que han realizado un programa de PPSyRC multidisciplinar, aspecto de gran interés por el elevado coste social que supone.

### **ANÁLISIS DAFO CON PROFESIONALES:**

Previo a la implantación del programa se realiza un análisis DAFO para detectar las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades que nos encontramos actualmente. En el grupo participan enfermeras de AP, médicos de AP, fisioterapeutas de AP y de Atención Hospitalaria.

Con respecto a las debilidades se obtuvo lo siguiente (priorizado de mayor a menor importancia):

1. Pocos profesionales formados en AP
2. Insuficiente número de cardiólogos y falta de motivación por ésta

intervención

3. Falta de Sala de fisioterapia de AP en Linares
4. Falta de fisioterapeuta de AP en Linares
5. Insuficientes recursos materiales para exceso de población en el hospital de Linares.

Con respecto a las amenazas se obtuvo lo siguiente (priorizado de mayor a menor importancia):

1. Desconocimiento de las ventajas de esta intervención y falta de interés en pacientes (no realizan ejercicio).
2. Dificultad en el traslado pacientes de zonas rurales a servicios de Rehabilitación del Hospital de Linares.
3. Ausencia de asociaciones y clubs de pacientes

Con respecto a las fortalezas se obtuvo lo siguiente (priorizado de mayor a menor importancia):

1. Disponibilidad de todas las categorías sanitarias en AP necesarias para la implementación y enfoque de trabajo multidisciplinar.
2. Implicación y apoyo de los directivos para se lleve a cabo este programa.
3. Implantación del programa en el marco de procesos asistenciales relacionados.
4. Sensibilidad sobre el problema cardiovascular en la población de profesionales, no solo de distinta categoría sanitaria, sino también de distintas zonas geográficas (distritos sanitarios distintos).

Con respecto a las oportunidades se obtuvo lo siguiente (priorizado de mayor a menor importancia): Todas las oportunidades se especifican referidas al Distrito sanitario Jaén Norte:

1. Buena relación-comunicación entre distintos profesionales de AP y Atención Hospitalaria
2. Existen 6 UGC con fisioterapeutas
3. Existe un profesional Experto en Educación para la Salud.
4. Existe un Técnico PITA y enfermeras con formación avanzada en deshabituación tabáquica y autorrelajación / control del estrés.
5. Existe en todas las UGC un trabajador social para trabajar los factores económicos-sociolaborales
6. Coordinación con los profesionales de Salud mental para trabajar relajación y las enfermeras son personal del Distrito.

## **IMPLEMENTACIÓN DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN LOCALIDADES DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN NORTE:**

En el DSJN se plantea una estrategia de implantación del Programa de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PPSyRC) en 2 Unidades de Gestión Clínica del DSJN, de forma coordinada con la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (EPHAG), según se establece en el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía y en el Subproceso: Programa de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca.

Para optimizar el servicio, y al considerar los beneficios de esta intervención en otras muchas personas, incluimos, además de prioritariamente personas que han sufrido un evento isquémico agudo y son derivadas desde el Hospital, a personas que han sufrido un evento isquémico anterior y a personas que están identificadas de Alto Riesgo Cardiovascular, (por tanto estamos implantando un programa de prevención primaria, secundaria y terciaria).

En el caso de la PPSyRC el objetivo principal es el de rehabilitar a las personas con cardiopatías para que puedan retornar a una vida activa, productiva y satisfactoria, disminuyendo el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares. La intervención aborda el control de los factores de riesgo cardiovascular, estimulación de un estilo de vida más saludable, optimizar la terapia medicamentosa e integración de la persona a su ambiente familiar y sociolaboral.

La PPS y RC consta de 3 fases según el momento de la intervención en relación con la aparición del evento isquémico y según el nivel de riesgo de la persona:

### **FASES DEL PPSyRC:**

1. Fase I: durante el ingreso hospitalario. Tiene como objetivo el levantamiento precoz y se le informa a la persona acerca de los FRCV, inicia una deambulación precoz y se apoya la educación con materiales informativos.
2. Fase II: comienza a los 15-30 días del IAM. Dura 2-3 meses, según el riesgo pronóstico de la persona. Consta de 3 apartados principalmente: entrenamiento físico, educación sanitaria (incluye tabaquismo) y apoyo psicológico. Se desarrollan las intervenciones en el hospital y en los centros de atención primaria según el nivel de riesgo.
3. Fase III: Comienza tras la finalización de la fase II, con el aprendizaje e incorporación de nuevos hábitos de vida saludable. Comprende desde los 3 meses hasta el año tras el evento cardiovascular. Las intervenciones son desarrolladas por Atención Primaria. Se realiza de forma individual en el domicilio o en consulta y/o en grupo. Se debe mantener toda la vida.

El desarrollo del programa en los Centros de Salud del Distrito incluye prevención primaria, secundaria, terciaria y la rehabilitación cardíaca. Se enmarca en la línea de intervención prioritaria de este Distrito de abordaje al Riesgo Cardiovascular, como continuidad a la intervención individual, definida y desarrollada en la "Estrategia E-Audit", e implantada en todas las Unidades de



Gestión Clínica del Distrito. El *PPSyRC* se oferta en 2 Unidades de Gestión Clínica, realizándose las intervenciones establecidas a pacientes en la fase II con bajo riesgo y en pacientes en fase III, además de a personas clasificadas de alto riesgo cardiovascular al desarrollo de abordaje establecido en la “Estrategia E-Audit en RCV”.

### **NIVELES DE RIESGO:**

El riesgo se estratifica en bajo, moderado y alto.

A continuación se describen los criterios de cada grupo en la siguiente tabla:

<b>ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
Bajo	< 50 años Killip I No infarto previo Asintomático > 7 METs	No signos isquemia FE > 50% Respuesta normal de TA en el ejercicio No arritmias
Moderado	>50 años Killip I o II No infarto previo Clínica leve > 5 METs < 7 METs	Isquemia ligera con carga > 5 METs 40 % < FE < 50% Elevación ligera de la TA con el esfuerzo Arritmias de bajo grado <b>ANIMICAMENTE AFECTADO</b>
Alto	Killip II-III Infarto previo Clínica con baja carga Hipotensión al esfuerzo < 5 METs	Isquemia severa FE < 35% Arritmias malignas

El programa se implanta desde la perspectiva del abordaje integral, multidisciplinar y de la continuidad asistencial.

Se establece un equipo multidisciplinar compuesto por una enfermera, un médico, una fisioterapeuta de cada Unidad de Gestión Clínica (UGC), más el apoyo de una enfermera y psicólogo del Equipo de Salud Mental del Distrito (ESMD), la Técnico del PITA y el responsable de EpS del DSJN. También cuenta con el responsable de deshabituación tabáquica de la UGC.

#### **UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA 1:**

Médico:

Enfermera:

Fisioterapeuta:

#### **UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA 2:**

Médico:

Enfermera:

Fisioterapeuta:

## **INTERVENCIÓN GRUPAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y PSyRC:**

En el Hospital de referencia EPHAG, con datos referidos al 2005, se atendieron a 110 personas por síndrome coronario agudo de los cuales el 76 % eran varones, el perfil estándar es de varón que convive con su pareja en casa y en la que es su pareja o persona cuidadora quien se ocupa de la alimentación y en muchos casos quien se ocupa de la medicación.

1. Límites de entrada a la Intervención grupal en Prevención/ PPSyRC, por orden de prioridad:

1. Personas con IAM y otra cardiopatía isquémica, definidos como personas con nivel de Bajo Riesgo, que se encuentren en fase II o en fase III del PPSyRC, derivados desde el hospital para continuidad del programa.

2. Personas con IAM y otra cardiopatía isquémica, anteriores, en seguimiento desde AP. En fase III del PSyRC.

3. Persona que presentan RCV alto, en seguimiento en AP, incluidas en PAI RCV y E-audit.

2. La captación se realizará:

1. Desde Atención hospitalaria (AH):

1.1.1. Como continuación al PPSyRC iniciado en el hospital.

Las personas provenientes de la FASE I o FASE II serán derivadas desde el hospital mediante el envío de Informe de Continuidad de Cuidados, por correo electrónico a la Enfermera Gestora de Casos / Coordinadora de Cuidados de Enfermería de UGC, que a través del SAU se le da cita en la agenda de "Consulta de Enfermería pre-intervención grupal".

1.1.2. Desde consultas externas o al alta hospitalaria, al cumplir los criterios de entrada, les informen y/o deriven al SAU del Centro de Salud para darle cita en la agenda de "Consulta de Enfermería pre-intervención grupal".

2. Desde Atención Primaria (AP):

2.1.1. A través del médico y enfermera de familia, derivación de personas con IAM o Cardiopatía isquémica anterior.

2.1.2. A través del médico de familia y enfermera de familia, que al desarrollar las intervenciones de la "estrategia e-audit" una vez valorado los FRCV en éstas personas deriven a la intervención grupal.

2.1.3. Se valorará la pertinencia de que una vez al año las personas incluidas en el PPSyRC se les oferte volver a realizar la intervención grupal, como refuerzo o mantenimiento del cambio de conducta/estilo de vida.

3. El procedimiento para inclusión en el programa será por medio de un P10 que se entregará a la persona indicándole que acuda al SAU y se le dará cita en la agenda de "Consulta de Enfermería pre-intervención grupal".

3. Se generan agendas dispensarizadas:

1. una agenda de "Consulta de Enfermería programada pre/post intervención grupal".

2. una agenda de "Consulta Programada de Grupo"/Educación Sanitaria.

3. una agenda de "Consulta Programada de Grupo"/ Ejercicio físico

4. una agenda de "Consulta Programada de Grupo"/Entrenamiento en relajación"
  5. una agenda de "Consulta Programada de Grupo"/Deshabitación tabáquica. En dichas agendas se citan a los pacientes y acompañante/cuidadora. (excepto en la de ejercicio físico).
4. Se establece una "Consulta de Enfermería pre-post intervención grupal" para un primer contacto previo a la inclusión de la persona y acompañante en la intervención grupal y después de la misma. Esta consulta tiene un horario fijo establecido antes de empezar cada sesión educativa grupal, (o en función de las personas citadas se puede programar de forma diferente). Los objetivos son:
- 1 Valorar que la persona cumple con los límites de entrada establecidos.
  - 2 Comprobación en la historia clínica del paciente si tiene realizadas las intervenciones establecidas en el PAI / intervenciones del e-audit,
  - 3 Derivación si precisa a su médico y enfermera de AP para abordaje individual y completar las intervenciones pendientes.
  - 4 Valoración de los indicadores de los criterios de resultados NOC 1813 Conocimiento del régimen de tratamiento (régimen terapéutico) y NOC 1914 Control del riesgo: salud cardiovascular.
  - 5 Valoración del tipo de intervención que precisa, en base a la situación actual:
    - Inclusión en la intervención educativa grupal, todas las sesiones.
    - Inclusión en la sesión o sesiones educativas específicas que proceda.
    - Derivación a terapia grupal de deshabituación tabáquica.
    - Derivación a la Técnico PITA
    - Derivación a terapia grupal de entrenamiento en relajación del ESMD.
    - Derivación su médico de familia / enfermera de familia para seguimiento post intervención.
  - 6 Información al paciente y familiar sobre la intervención o intervenciones y citación a las mismas.
  - 7 Registro
5. Las intervenciones de Educación Sanitaria se diseñan como un grupo abierto en el que de forma semanal, todos los martes a las 11.30 horas se realiza la intervención grupal. Se entiende como grupo abierto porque de forma continuada se pueden incorporar personas independientemente de la sesión que se desarrolle en ese momento, garantizándose que reciba todas las sesiones establecidas. La duración de las sesiones es de 60 - 90 minutos.
- 5.1.1. Se diseñan 7 sesiones en forma de taller para el desarrollo de unos contenidos prioritarios establecidos y adaptados al perfil de las personas integrantes del grupo. Todos los contenidos van dirigidos tanto a personas con factores de riesgo como a sus parejas, persona cuidadora o conviviente.
  - 5.1.2. Los contenidos y los profesionales de la intervención educativa encargados de su desarrollo son:

1. Conocimiento de la enfermedad y factores de riesgo. Tratado por el médico de familia.
2. Actividad física (incluye sexualidad). Preferentemente tratada por la fisioterapeuta/enfermera.
3. Alimentación. Preferente tratada por la enfermera/médico de familia.
4. Deshabitación tabáquica. Preferentemente tratada por el responsable de deshabitación tabáquica de la UGC.
5. Afrontamiento y control de estrés. Entrenamiento en técnicas de relajación Preferentemente tratada por la enfermera y/o psicólogo o enfermera del ESMD.
6. Manejo de la medicación y cumplimiento terapéutico. Preferentemente tratada por la enfermera y/o médico de familia.
7. Signos de alerta para detección precoz de evento cardíaco y Soporte Vital Básico. Preferentemente tratada por la enfermera o médico de familia. Requisito imprescindible título de monitor en soporte vital básico. Captación para el programa Corazón. El programa Corazón es gratuito y tiene como objetivo mejorar la atención sanitaria en pacientes con este tipo de dolencias, garantizándoles un trato profesional y personalizado. Para ello existe una base de datos donde se almacenan las historias clínicas de los pacientes que hayan sufrido un ataque cardíaco, para reducir el tiempo de actuación en la medida de lo posible.

Todas las sesiones acabarán con ejercicios de relajación para poder apoyar la sesión específica de entrenamiento en relajación y control de estrés.

A lo largo de las sesiones se trabajarán los mitos, miedos y expectativas.

## **ACTUACIONES ESPECÍFICAS EN EL PPS y RC:**

### **FASE I:**

Se desarrolla en el ámbito hospitalario por lo cual se diseña una hoja de valoración para la recogida de información necesaria para la continuación asistencial reflejada en el ANEXO I.

La Enfermera Gestora de Casos (EGC) con la enfermera hospitalaria (EH), en la planificación del alta hospitalaria, realizará la valoración y recogerá la información específica (ANEXO I) en el ICCE.

### **FASE II**

Ésta fase II llevada a cabo en Atención Primaria tiene la estructura genérica indicada anteriormente, en lo que se refiere a la intervención educativa.

El procedimiento para derivación a deshabituación tabáquica será el mismo que se sigue en la UGC.

El procedimiento para inclusión en el grupo de ejercicio físico es a través de la captación desde la intervención grupal o derivación a la fisioterapeuta de la UGC.

Intervención por los profesionales del ESMD: derivación, si procede, al ESMD, según valoración del médico de familia, tras valoración del proceso adaptativo y screening de depresión mayor u otra patología susceptible de derivación.

Captación para el programa Corazón. Este programa gratuito tiene como objetivo mejorar la atención sanitaria en pacientes, garantizándoles un trato profesional y personalizado. Para ello se ha creado una base de datos donde se almacenan las historias clínicas de los pacientes que hayan sufrido un ataque cardíaco, para reducir el tiempo de actuación en la medida de lo posible.

### **FASE III:**

Atención individualizada en consulta de enfermería y consulta médica.

Una vez finalizada las intervenciones de la Fase II se realizará una Intervención grupal de refuerzo una vez al año.

Intervenciones comunitarias:

*Grupos de autoayuda.*

Intervenciones conjuntas con Asociaciones, uso de instalaciones deportivas Ayuntamientos, etc.

Intervenciones en medios de comunicación.

Grupos de autoayuda: todas las intervenciones perseguirán que se constituyan grupos autónomos en su funcionamiento que se autogestionen y perduren en el tiempo configurando sus propias actividades.

Se contactará con los Ayuntamientos y otras estructuras sociales para generar un clima social receptivo a la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Así mismo se intentará que sea en instalaciones municipales (gimnasios, piscinas) donde se desarrollen las actividades vinculadas al aspecto físico para estas personas.

## **DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO /REEDUCACIÓN CARDIACA.**

En el programa de ejercicios se atenderá por separado a los pacientes de Prevención Primaria y del PPS yRC

Ver ANEXO III Atención fisioterapéutica: Programa de ejercicio físico / reeducación cardiaca.

#### **DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.**

Se derivará al Grupo de deshabituación de la UGC a las personas que en la sesión de sensibilización de la intervención educativa así lo deseen. En caso de evento coronario se atenderá de forma individualizada por parte del Técnico de PITA.

Ver ANEXO II tratamiento del tabaquismo.

#### **ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN:**

En el Distrito se desarrolla un Curso de prevención primaria y PPSyRC, dirigido a profesionales sanitarios de todos los niveles de atención implicados, y donde prioritariamente se forman a los profesionales que participarán directamente el Programa (en cada UGC y EPHAG).

En la estrategia de implantación, los primeros grupos serán desarrolladas por un enfermero especialista en promoción de salud que participará en el asesoramiento, igualmente diseñará las intervenciones y diseño de los materiales de Educación para la Salud (EpS). Así mismo se contará con el asesoramiento de la Técnico del Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (PITA).

En los primeros grupos, en las sesiones desarrolladas por el enfermero especialista en EpS /Técnico del PITA, se completará la formación, estando presentes como observadores colaboradores los profesionales que posteriormente desarrollarán la intervención grupal de su UGC.

Se diseñará un material específico (tríptico) y/o se utilizará el díptico diseñado en la estrategia e-audit para apoyar los contenidos desarrollados en la intervención grupal. Dicho material también se entregará igualmente a las personas que no se incluyan en la intervención grupal.

A su vez se diseñará cartelería específica.

#### **EVALUACIÓN:**

El fin último de esta intervención es la mejoría de la calidad de vida y la disminución de los riesgos. Puede medirse de múltiples maneras, no obstante, el alivio de los síntomas y la mejoría en la capacidad funcional, los cambios en el estilo de vida y el retorno al trabajo parecen ser variables bastante objetivas y cuantificables para evaluar la efectividad de los programas.

La medida de resultados proporciona una evaluación objetiva del progreso del paciente incluido dentro del programa así como de la eficacia del programa en total. Programas multidisciplinarios abren la puerta a la evaluación de varias variables.

#### **A) ORIENTACIÓN A RESULTADOS EN LA EVALUACION DEL CAMBIO DE ESTILO DE VIDA:**

Las intervenciones a desarrollar tendrán una orientación a resultados en salud y serán capaces de determinar el impacto de las intervenciones. Para ello se propone la monitorización de los siguientes Criterios de Resultado Esperados NOC al entender que son nucleares en la atención a las personas en prevención primaria, prevención secundaria y rehabilitación cardiaca:

NOC 1813 Conocimiento del régimen de tratamiento (régimen terapéutico). Definición: Grado de comprensión transmitido por el paciente sobre el régimen terapéutico específico.

NOC 1914 Control del riesgo: salud cardiovascular. Definición: Acciones personales para eliminar o reducir amenazas para la salud cardiovascular, modificables.

Indicadores de resultados esperados:

180506 Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco

191403 Evita el consumo de cigarrillos

181305 Descripción de la dieta prescrita

191408 Sigue la dieta recomendada

181306 Descripción de la medicación prescrita

191414 Utiliza la medicación como está prescrita

181308 Descripción del ejercicio prescrito

191415 Participa en ejercicio regular

191406 Utiliza técnicas para controlar el estrés

- Escala para indicadores de conducta para *el control del riesgo y autocontrol de la ansiedad*: 1 nunca demostrado; 2 raramente demostrado; 3 a veces demostrado, 4 frecuentemente demostrado; 5 siempre demostrado
- Escala de indicadores de conocimiento del *régimen terapéutico*: 1: ninguno, 2: escaso, 3: moderado, 4: sustancial, 5: extenso.
  1. NINGUNO: No conoce .No le han dado la información
  2. LIMITADO: Información escasa y/o incorrecta.
  3. MODERADO: Tiene información correcta que necesita ampliar.
  4. SUSTANCIAL tienen información correcta y extensa, solicita información para determinadas situaciones (situaciones sociales, fechas concretas)
  5. EXTENSO: Verbaliza y demuestra la información de forma concreta

Los momentos en los que se medirán los indicadores de criterios de resultado NOC descritos son:

En Prevención Primaria:

Se habrán medido por la enfermera en consulta individual al desarrollar las intervenciones propuestas en el e-audit, no estando vigentes si han sido medidos hace más de 6 meses.

Se hará una medición después de la intervención grupal. Esta medición se hará en consulta por parte de la enfermera responsable de la intervención grupal en la UGC y no se deberá demorar más de un mes. Así nos permite volver a situar a las personas para medir la efectividad post-intervención.

Tras registro en sus respectivas historias clínicas, la enfermera continuará evaluaciones posteriores adaptando un plan de cuidados individualizado.

Los indicadores se medirán cada 6 meses de forma general y siempre que se estime necesario.

#### En Prevención Secundaria:

La medición inicial de los indicadores NOC se habrá realizado en el Hospital antes del alta y se registrará en el Informe de Continuidad de Cuidados.

Se hará medición después de la intervención grupal. Esta medición se hará en consulta por parte de la enfermera responsable de la intervención grupal en la UGC y no se deberá demorar más de un mes. Así nos permite volver a situar a las personas para medir la efectividad post-intervención.

Tras registro en sus respectivas historias clínicas, la enfermera continuará evaluaciones posteriores adaptando un plan de cuidados individualizado.

Los indicadores se medirán cada 6 meses de forma general y siempre que se estime necesario.

#### Indicadores:

% de personas que al inicio de la intervención se sitúan en cada una de las puntuaciones (1, 2, 3, 4, 5), de cada indicador NOC.

% de personas que al finalizar la intervención se sitúan en cada una de las puntuaciones (1, 2, 3, 4, 5), de cada indicador NOC.

% de personas que a los 6 meses de la intervención se sitúan en cada una de las puntuaciones (1, 2, 3, 4, 5), de cada indicador NOC.

#### B) ORIENTACIÓN A RESULTADOS EN EVALUACION DE EJERCICIO / REEDUCACIÓN CARDIACA:

Las medidas de resultado principales se seleccionarán de:

El test de marcha de seis minutos (Butland, 1982)

La prueba de andar en la plataforma (Singh et al, 1992)

El test del escalón (Bird, 1992)

Perfil de salud de Nottingham (Hunt et al, 1985)

Short Form 36 (SF 36, Ware and Sherbourne, 1992)

Calidad de vida después infarto de miocardio (Oldridge et al, 1991)

Retorno al trabajo

#### C) INDICADORES DE COBERTURA DEL PROGRAMA: (cada indicador se diferenciará entre Prevención Primaria / Prevención Secundaria y Rehabilitación cardíaca):

Nº de intervenciones grupales, desglosadas en:

Educación para la salud

Ejercicio físico/ Reeducción cardíaca

Deshabitación tabáquica

Entrenamiento en relajación

Nº de personas distintas incluidas en intervenciones grupales, desglosadas en:

Educación para la salud

Ejercicio físico/ Reeducción cardíaca

Deshabitación tabáquica

Entrenamiento en relajación

Nº de intervenciones comunitarias (especificar)

Nº de intervenciones en medios de comunicación (especificar)



Nº de derivaciones pre-intervención a médico de familia / enfermera de familia, para completar abordaje individual. (post-intervención se derivan todos las personas para seguimiento).

**REGISTRO:**

- Agendas dispensarizadas en Diraya para citación de pacientes y familiares, (se generan según actividades y tareas disponibles en Diraya):  
Consulta de Enfermería específica del programa  
Intervención grupal
- Registro en la historia clínica del paciente:  
La derivación a la intervención grupal.  
Todas las intervenciones desarrolladas.  
Valoración de los criterios de resultado esperados NOC, especificando el tiempo y el progreso en los mismos.
- Asociar al Programa “Prevención secundaria y Rehabilitación cardiaca”, (se generará a nivel local en Diraya).
- Registro en el portal web del DSJN – grupos de EpS.

**RECURSOS MATERIALES:**

Los requisitos necesarios para realizar rehabilitación cardiaca son una sala para el entrenamiento físico y otra sala para las sesiones de educación sanitaria.

Es indispensable la presencia de un carro de reanimación cardiopulmonar que incluya monitor desfibrilador.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Soledad Márquez-Calderón, Román Villegas Portero, Eduardo Briones Pérez de la Blanca, et al. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56(8):775-82.
2. Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. 2005. Disponible en: [http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/plan\\_cardiopatias/Plan\\_Cardiopatias.pdf](http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_cardiopatias/Plan_Cardiopatias.pdf) [Consultado en abril de 2010]
3. Consejería De Salud. Proceso Asistencial Integrado Dolor Torácico Generico (no filiado). 2007. Disponible en: [http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/DT\\_29\\_11\\_07.pdf](http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/DT_29_11_07.pdf) [Consultado en abril de 2010]
4. Consejería De Salud. Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular. 2.003. Disponible en: <http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/RIESGOVASCULAR3%5b1%5d.pdf> [Consultado en abril de 2010]
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de enfermería. 3ª ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
6. Morales Asencio, José Miguel. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2010 Abr 22]; 13(44-45): 37-41. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es). doi: 10.4321/S1132-12962004000100008
7. Junta de Castilla y León. Guía clínica basada en la evidencia: Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Edición resumida. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. 2.008 Disponible en web: [http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1264060554221&idContent=683625&locale=es\\_ES&textOnly=false](http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1264060554221&idContent=683625&locale=es_ES&textOnly=false)
8. Consejería de Salud. Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía. 2.005. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/plan\\_tabaquismo/Plan\\_Integral\\_Tabaco.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_tabaquismo/Plan_Integral_Tabaco.pdf) [Consultado en abril de 2010]

## ANEXO I.

### INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA DERIVACIÓN A LA INTERVENCIÓN GRUPAL

Datos de filiación de la persona (nombre, nº SS, teléfono, etc.)

Peso: talla: IMC: TA:

Nivel de riesgo cardiovascular: bajo medio alto

En caso de alta hospitalaria:

Frecuencia cardiaca máxima erg.

Escala de Börg

Prueba de esfuerzo: clínica eléctrica

Hábito tabáquico:

- ¿Fuma? Si No
- Nº cigarros/día:
- Años de consumo:
- ¿Desea realizar un intento para dejar de fumar? Si No
- ¿Desea incluirse en un grupo de deshabituación tabáquica? Si No

### CRITERIOS DE RESULTADOS /INDICADORES:

- NOC 1813 Conocimiento del régimen de tratamiento (régimen terapéutico). Definición: Grado de comprensión transmitido por el paciente sobre el régimen terapéutico específico.
- NOC 1914 Control del riesgo: salud cardiovascular. Definición: Acciones personales para eliminar o reducir amenazas para la salud cardiovascular, modificables.

Puntuación de la situación actual de los siguientes indicadores:

180506 descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco	1, 2, 3, 4, 5
191403 evita el consumo de cigarrillos	1, 2, 3, 4, 5
181305 descripción de la dieta prescrita	1, 2, 3, 4, 5
191408 sigue la dieta recomendada	1, 2, 3, 4, 5
181306 descripción de la medicación prescrita	1, 2, 3, 4, 5
191414 utiliza la medicación como está prescrita	1, 2, 3, 4, 5
181308 descripción del ejercicio prescrito	1, 2, 3, 4, 5
191415 participa en ejercicio regular	1, 2, 3, 4, 5
191406 utiliza técnicas para controlar el estrés	1, 2, 3, 4, 5

Escala de indicadores de conocimiento del régimen terapéutico:

1: ninguno, 2: escaso, 3: moderado, 4: sustancial, 5: extenso

1. NINGUNO: No conoce .No le han dado la información

2. LIMITADO: Información escasa y/o incorrecta.

3. MODERADO: Tiene información correcta que necesita ampliar.

4. SUSTANCIAL tienen información correcta y extensa, solicita información para determinadas situaciones (situaciones sociales, fechas concretas)

5. EXTENSO: Verbaliza y demuestra la información de forma concreta

Escala para indicadores de conducta de control del riesgo:

1 nunca demostrado; 2 raramente demostrado; 3 a veces demostrado; 4 frecuentemente demostrado; 5 siempre demostrado

## **ANEXO II. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

El tabaquismo es un FRCV muy prevalente en España (35,7% de los mayores de 16 años en 1997) y específicamente en Andalucía (38,8% de los mayores de 12 años en 2000). Evolutivamente, la prevalencia ha ido disminuyendo en los varones (aunque con un cierto estancamiento en los últimos años) y se ha ido incrementando en las mujeres, especialmente en los grupos de edades más jóvenes (< 24 años), donde ya superan a los fumadores varones.

En España, el tabaco fue responsable del 16% de todas las muertes producidas en 1998 en mayores de 35 años, siendo sus principales causas: cáncer broncopulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardiovascular.

El tabaquismo es la causa aislada más importante de muerte y enfermedades evitables en los países desarrollados y los programas de abandono del consumo de tabaco constituyen el procedimiento más eficiente para mejorar la salud de la población.

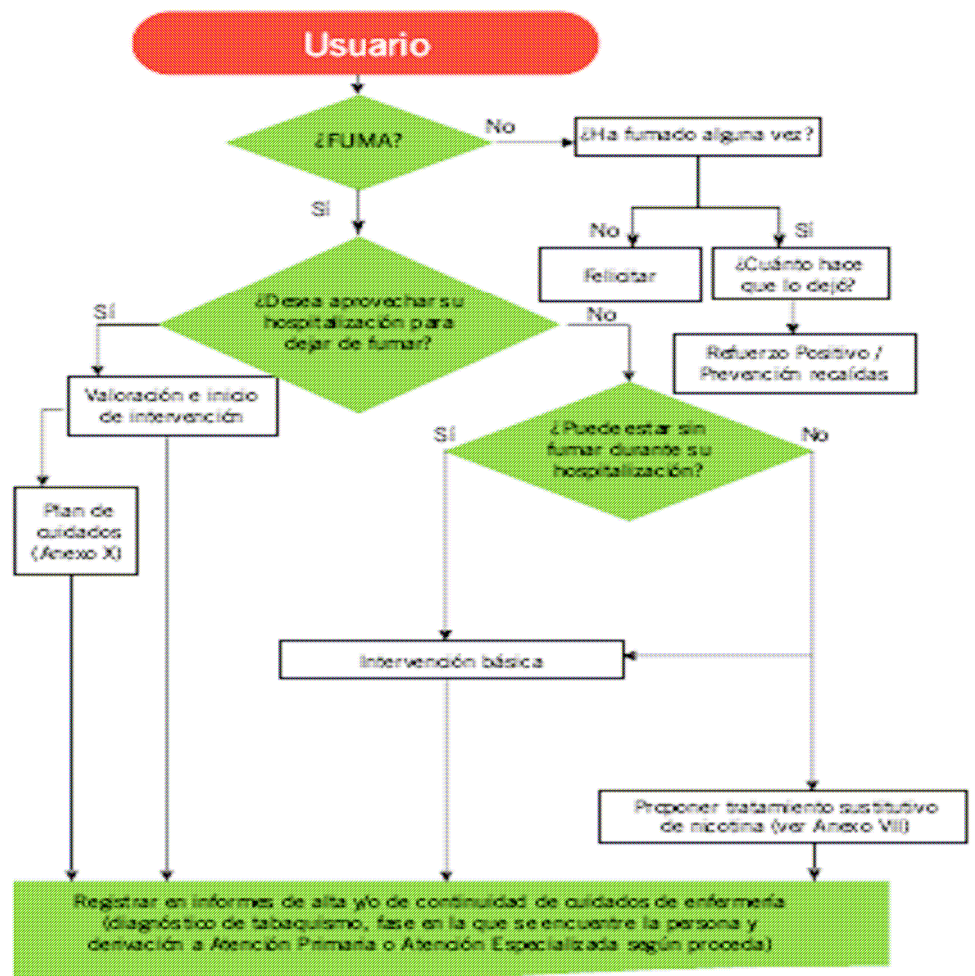
El tabaco se ha relacionado con mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad cardiovascular, como el aumento de las concentraciones de carboxihemoglobina, la elevación de fibrinógeno y de la agregabilidad plaquetaria, así como cambios en la reactividad vascular y reducción de la concentración plasmática de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL). Estos cambios pueden, aislada o conjuntamente, favorecer la aparición de lesiones arteriales que den lugar a una progresión de la arteriosclerosis y a un riesgo aumentado de trombosis. El mantenimiento del tabaquismo después de un IAM se asocia con un riesgo triple de padecer otro infarto respecto a los pacientes que dejan de fumar. El abandono del hábito tabáquico equipara el riesgo al de los no fumadores antes del primer infarto.

El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, así como el PAI Atención a las Personas Fumadoras, establecen el protocolo de atención a las personas fumadoras en los SSPA. Nos basamos en tales modelos de intervención para diseñar las actuaciones que se desarrollarán dentro del PPS y RhC.

**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. ATENCIÓN A LAS PERSONAS FUMADORAS  
INTERVENCIÓN INDIVIDUAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO**

Profesional

Médico/a  
Enfermera  
Psicólogo/a



## TRATAMIENTO EN SITUACIONES CLÍNICAS QUE REQUIEREN UNA ATENCIÓN DIFERENCIADA

Opciones de tratamiento en situaciones especiales	
Patología contaminante	Opciones terapéuticas
Cardiopatía isquémica inestable*	CSS, AP, RGINA, bupropión
Cardiopatía isquémica estable	CSS, AP, RGINA, TSN a mitad de dosis
Alcoholismo*	CSS, AP, RGINA, TSN
Úlcus gastro-duodenal activo	CSS, AP, RGINA, bupropión
Úlcus gastro-duodenal controlado	CSS, AP, RGINA, PN, SN, bupropión
Convulsiones	CSS, AP, RGINA, TSN
Anorexia nerviosa y bulimia	CSS, AP, RGINA, TSN
Diabetes Mellitus	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de la dosis
Hipertensión	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión, seguimiento estrecho.
Insuficiencia renal y hepática	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de dosis
Ancianos	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de dosis
Conductores/as y operarios/as de maquinaria Pesada	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión en casos constatados
Trastornos de la articulación temporo-mandibular, trastornos dentarios o aftas bucales	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto CHN y CN), bupropión
Enfermedades dermatológicas extensas, dermatitis atópica	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto PN), bupropión
Enfermedades rinosinusales graves, rinitis alérgica	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto SN), bupropión
Fumadores con alta dependencia nicotínica*	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión, TSNAD, TSNRC

CSS: Consejo Sanitario Sistemático; AP: apoyo psicológico; TSN: terapia sustitutiva con nicotina; CHN: chicles de nicotina; CN: comprimidos de nicotina; PN: parches de nicotina; SN: spray nasal de nicotina; RGINA: reducción progresiva; TSNAD: TSN a altas dosis; TSNRC: TSN para reducir el consumo.  
 \* Preferiblemente en Unidades de Tabaquismo y/o por terapeutas expertos.

En base por tanto al Plan Integral y el PAI, se establecerá para los pacientes afectados por cardiopatía isquémica de menos de ocho semanas de evolución, derivación a la Unidad de Apoyo del DSJN.

Para incorporar estas actuaciones dentro del PPS y RhC, se coordinarán las siguientes propuestas:

**FASE I:** En esta fase el paciente se encuentra hospitalizado y por tanto en abstinencia (en caso de que fuera fumador). En informe de alta se le preguntará por su hábito tabáquico previo al IAM, y se registrará en su historia clínica. Se realizará consejo básico, informando a la persona de los riesgos del tabaquismo para su enfermedad y los beneficios de mantener la abstinencia conseguida durante el ingreso. Se ofertará posibilidad de apoyo especializado para dejar de fumar realizado por la Técnica de la Unidad de Apoyo del Distrito. En caso afirmativo, se indicará dentro de la solicitud de captación para la FASE II y se derivará historia a la Unidad de Apoyo para consulta.

**FASE II:** En esta fase se realizará la intervención avanzada para deshabituación tabáquica atendiendo al modelo de intervención

multicomponente para deshabituación tabáquica. La intervención podrá ser en formato individual o grupal. En esta fase también se informará al paciente y convivientes de los riesgos del tabaquismo pasivo y la importancia de que la persona pueda vivir en un ambiente libre de humo de tabaco. Se ofertará a todos los convivientes la posibilidad de participar en un programa multicomponente grupal de deshabituación tabáquica en su centro de salud.

FASE III: En esta fase se continúa con el seguimiento del programa de deshabituación. Para aquellos pacientes o convivientes que en la fase anterior no hubieran deseado participar en los programas de deshabituación, se realizará en consulta o en las distintas intervenciones comunitarias el consejo básico y se ofertará intervención avanzada derivando en cada caso a la unidad correspondiente (Unidad de Apoyo o Responsable Programa ZBS).

#### RECURSOS HUMANOS:

- Médico/a o Enfermero/a que realice intervención básica durante ingreso hospitalario y cumplimente historia clínica del fumador para su derivación a Unidad de Apoyo bajo demanda. EPHAG.
- Técnico Unidad Apoyo del PITA. Psicóloga especialista en Deshabituación Tabáquica. DSJN
- Responsables del Programa Tabaquismo en ZBS. Médicos/as o Enfermeros/as formados y acreditados para la realización de intervenciones avanzadas en deshabituación tabáquica. En las UGC donde se va a implantar se cuenta con seis responsables. DSJN.

#### RECURSOS MATERIALES:

- Folletos de información sobre tabaquismo activo y pasivo en cada ZBS y en EPHAG.
- Cooxímetro y boquillas en cada ZBS.
- Sala acondicionada para realización terapias grupales en los centros de salud y sala para intervenciones avanzadas individuales en la Unidad de Apoyo del Distrito.

El DSJN cuenta actualmente con todos los recursos materiales necesarios para el desarrollo de estas intervenciones.



### **ANEXO III. ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTA: PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO / REEDUCACIÓN CARDIACA**

#### **1.- PREVENCIÓN PRIMARIA:**

El objetivo es incorporar un hábito de ejercicio físico cotidiano, estableciendo un programa individualizado de ejercicio y autorizando su aprendizaje para su continuación en su domicilio.

Captación:

- Desde la sesión de educación para la salud realizada por la fisioterapeuta, se informa y oferta la participación en el programa de ejercicio.
- Derivación desde la Consulta de Enfermería pre-intervención.
- Derivación por su médico o enfermera a pacientes con factor de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular para ser incluidos en el grupo de ejercicio físico.

Se desarrolla en las salas de Fisioterapia de los centros de salud para el aprendizaje de las distintas Unidades de Gestión Clínica.

Las actividades que realizan son educación sanitaria (según programa) y entrenamiento físico para mejorar su capacidad física. Este último constará de cinco sesiones previa Prueba de Esfuerzo. Se les controlará la frecuencia cardíaca, tensión arterial, peso y otras observaciones.

#### **A.- CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:**

- Historia clínica de aneurisma no reparado.
- Miocarditis o pericarditis activa o latente
- Tromboflebitis o trombosis intracardiaca
- Presión sanguínea sistólica >200mm Hg y/o diastólica > 105mm Hg
- Episodio previo de fibrilación ventricular o ataque cardíaco que no ocurrió en presencia de un agudo evento de isquemia.
- Problemas de salud que los médicos consideren que son indicadores de contraindicación
- Problemas ortopédicos que impidan la realización de los ejercicios
- Lesión sistémica aguda o fiebre
- Enfermedades pulmonares obstructivas severas o restrictivas
- Episodios inflamatorios agudos o enfermedades degenerativas

#### **B.- CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:**

- presión arterial excesiva, con el ejercicio; presión arterial sistólica 220 mm Hg o presión diastólica 110 mm Hg
- enfermedades cardíacas congénitas
- cardiomiopatía
- Enfermedades metabólicas incontroladas (ej diabetes)
- desordenes neuromusculares, musculoesqueléticos, o reumáticos exacerbados con el ejercicio.
- Enfermedad cardíaca valvular
- Insuficiencia complicada con ejercicios de resistencia
- Recientes intervenciones quirúrgicas (<12 semanas)
- Presión sistólica en reposo 160mm Hg y/o diastólica 100mm Hg.

## 2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA

Serán tratados los pacientes en FASE II (bajo riesgo) y FASE III.

### A.- FASE II:

Pacientes en fase II del PPS y RC: el objetivo es aprender y realizar pautas de entrenamiento físico y relajación que, posteriormente, continuarán en su domicilio y/o en asociaciones de pacientes siguiendo las normas preestablecidas (intensidad, frecuencia de entrenamiento, calentamiento, enfriamiento, etc), además del programa de marchas.

Se comienza a las 3 ó 4 semanas del alta, tras derivación del Hospital. Tiene una duración de 12 semanas en las que el programa se realiza de forma ambulatoria. Solamente se tratarán en el Centro de Salud los pacientes de Bajo Riesgo. Los de Alto Riesgo serán tratados en el Hospital.

Los pacientes acuden tres días por semana a la Sala de Fisioterapia para realizar ejercicios físicos controlados en la que se ejecuta fundamentalmente un entrenamiento aeróbico progresivo.

- Inicialmente la intervención física en esta fase se realiza al completo en la EPHAG. Posteriormente, a partir de 3 ó 4 semanas del alta, los pacientes de bajo riesgo realizarán la intervención física en las salas de AP. Los de medio y alto riesgo deberán cumplir el programa íntegramente en el hospital.

### B.- FASE III:

Pacientes en fase III del PPS y RC: se realiza a los pacientes que provienen de la fase II, como continuación de la intervención física en el periodo anterior. El objetivo es que el paciente sea independiente a la hora de continuar de forma autónoma en su domicilio, instalaciones municipales y/o en asociaciones de pacientes.

Es la fase de mantenimiento y dura toda la vida. El paciente debe acudir a la unidad una vez cada 6 meses para recuerdo en grupo.

Se prescribirán ejercicios que deben realizar cada 4 o 5 días a la semana. Podrán realizar deportes aeróbicos en función de su prueba de esfuerzo. En esta fase se debe vigilar la reincorporación laboral, si ya no se ha realizado en fase anterior.

Se realiza entrenamiento físico realizando calentamiento y ejercicios respiratorios, de columna cervical, estiramientos, de endurecimiento, relajación y enfriamiento.

## 3.- MEDIDAS RECOMENDADAS PARA EVITAR RIESGOS

- Clasificación adecuada de los pacientes con identificación clara de los de alto riesgo
- Necesidad absoluta de prueba de esfuerzo previa al inicio del programa
- Adecuada supervisión durante el programa por el personal de la unidad (médico, enfermera y fisioterapeuta) con el material adecuado.
- Observar un adecuado periodo de calentamiento y enfriamiento
- No superar la frecuencia cardiaca de entrenamiento
- Instruir adecuadamente a los pacientes para que lleven a cabo por sí mismos la fase III del programa
- Permanecer en la sala de Fisioterapia 10-15 minutos tras acabar la sesión de entrenamiento.

#### 4.- MATERIAL NECESARIO:

##### A.- MATERIAL PARA DESARROLLO DEL PROGRAMA

- ordenador conectado a la red con acceso a
- agenda independiente
- busca-localizador del médico
- Carro de parada

##### B.- MATERIAL PARA EL EJERCICIO FISICO

- cicloergómetros
- monitores con ECG, TA no invasiva y pulsioximetría
- cinta rodante
- Pesas de 1 y 2 kg
- Autoasistidos de hombro
- Electrocardiógrafo
- Esfigmomanómetro
- Fonendoscopio
- Cronómetro
- Báscula
- Oxígeno

## **ANEXO IV. EVIDENCIAS EN RELACIÓN AL RIESGO CARDIOVASCULAR**

Resumen del documento:

Junta de Castilla y León. Guía clínica basada en la evidencia: Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Edición resumida. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. 2.008 Disponible en web: [http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1264060554221&idContent=683625&locale=es\\_ES&textOnly=false](http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1264060554221&idContent=683625&locale=es_ES&textOnly=false)

La gradación de las evidencias que se expresan se basa en los siguientes criterios:

### **NIVELES DE EVIDENCIA**

1++ Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con muy bajo riesgo de sesgos.

1+ Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con un riesgo bajo de sesgos.

1- Metanálisis, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con riesgo alto de sesgos.

2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes. Estudios de alta calidad de casos y controles o de cohortes con bajo riesgo de error por variables de confusión de otros sesgos y errores producidos por el azar y con una probabilidad alta de que la relación sea causal.

2+ Estudios de casos y controles o de cohortes bien realizados con bajo riesgo de error por variables de confusión de otros sesgos y errores producidos por el azar y con una probabilidad moderada de que la relación sea causal.

2- Estudios de casos y controles o de cohortes con alto riesgo de error por variables de confusión de otros sesgos y errores producidos por el azar y con un riesgo sustancial de que la relación no sea causal.

3 Estudios no analíticos, como informes de casos, series de casos, etc.

4 Opiniones de expertos.

### **GRADACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES**

A Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ECA ponderado como 1++ y directamente aplicable a la población diana. Una revisión sistemática de ECA o un conjunto de evidencias de estudios de grado 1+ directamente aplicable a la población diana y que demuestren una consistencia global de los resultados.

B Conjunto de evidencias de estudios de grado 2++ directamente aplicable a la población diana y que demuestren una consistencia global de los resultados o extrapolación de estudios ponderados como 1++ o 1+.

C Conjunto de evidencias de estudios de grado 2+ directamente aplicable a la población diana y que demuestren una consistencia global de los resultados o extrapolación de estudios ponderados como 2++.

D Niveles de evidencia 3 o 4 o evidencia extrapolada desde los estudios calificados como 2+.

E Recomendaciones de buena práctica clínica basadas en la experiencia clínica de los miembros del grupo que elabora la guía.

Adaptado de SING. Para formular recomendaciones no se han tenido en

cuenta los estudios tipo 1- o 2-.

#### QUIÉN DEBE SER VALORADO:

Se recomienda la valoración del riesgo cardiovascular: a toda persona > 40 años asintomático sin factores de riesgo conocidos. C

Se recomienda la valoración del riesgo cardiovascular anualmente a toda persona diabética desde el momento del diagnóstico C

Se recomienda la valoración del riesgo cardiovascular a todas las personas que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- Historia de enfermedad cardiovascular prematura en familiares de primer grado varones antes de los 55 años y mujeres antes de los 65. C
- Historia de diabetes en familiares de primer grado. C
- Antecedentes personales de diabetes gestacional. C
- Antecedentes personales de tabaquismo reciente o fumador actual. C
- Antecedente personal de una presión arterial > 140/90 mmHg. C
- Antecedente de valores de colesterol total (CT) > 250 mg/dL. C
- Glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa. C
- Obesidad (IMC > 30) o obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en los varones y > 88 en las mujeres). C

Todas las personas con enfermedad cardiovascular con el propósito de determinar el mejor enfoque terapéutico. C

Los familiares de primer grado de los casos índice de alteraciones genéticas de los lípidos. C

#### Frecuencia de la valoración

A las personas cuyo riesgo cardiovascular a los 10 años es <3% se les debería realizar una nueva valoración en 5 años. C

Se debería realizar una valoración del riesgo cardiovascular anualmente: a todas las personas cuyo riesgo sea > 3%, a todos los pacientes diabéticos y a todas las personas que tienen tratamiento farmacológico para modificar su perfil lipídico o reducir su presión arterial. C

Se debería hacer una valoración del riesgo cardiovascular cada 3-6 meses a las personas cuyo RCV sea > 5%. C

Las personas con diabetes o las que están recibiendo medicación o seguimiento de los cambios en sus estilos de vida por la presencia de otros factores de riesgo pueden necesitar valoraciones cada 3 a 6 meses. C

#### HÁBITOS DIETÉTICOS CARDIOSALUDABLES

La intervención dietética es fundamental en el manejo integral del RCV. A

Las personas con enfermedad cardiovascular, riesgo cardiovascular mayor de 7%, dislipemias congénitas, diabetes o síndrome metabólico, se les debe realizar un plan de cuidados sobre estilos de vida saludables. Los cambios de estilos de vida, con ese perfil de riesgo, que se han demostrado beneficiosos incluyen:

- Cambios en la dieta (A)
- Abandono del tabaco (A)
- Actividad física (B)

La educación dietética intensiva se debe dar en sesiones individuales y grupales por profesionales sanitarios entrenados. D

A la población con un riesgo cardiovascular a 10 años entre el 3-7% se les

debe realizar un plan de cuidados sobre estilos de vida con un patrón dietético cardiosaludable, actividad física y abandono del hábito tabáquico por su equipo de atención primaria. Esta educación debe seguir durante 3 a 6 meses antes de considerar el tratamiento farmacológico y debe continuar para toda la vida.

B

Las personas con un riesgo cardiovascular a 10 años < 3% deben recibir educación general sobre estilos de vida con un patrón dietético cardiosaludable, actividad física y abandono del hábito tabáquico. D

Se debería promover la adopción general de un patrón de dieta mediterránea que incluya fruta y vegetales, cereales integrales, pescados, legumbres, aceite de oliva, frutos secos, leche desnatada, y de forma moderada pequeñas raciones de carne magra o aves de corral sin piel. B

En las personas con diabetes tipo 2, con sobrepeso u obesidad, se debe recomendar dieta cardiosaludable hipocalórica para promover la pérdida de peso. B

Los abstemios no deberían iniciar el consumo de alcohol por razones de salud.

B

No se debe recomendar suplementos de antioxidantes para la prevención o el tratamiento de la enfermedad cardiovascular. B

La educación dietética individualizada y otros cambios en el estilo de vida complementan el tratamiento farmacológico cuando este es preciso. B

## ACTIVIDAD FÍSICA

### RECOMENDACIONES GENERALES

Toda la población debería tener como objetivo hacer un mínimo de 30 minutos de actividad física de moderada intensidad la mayoría de los días de la semana. B

Para las personas con problemas de tiempo, la actividad física podría realizarse en varios periodos de al menos 10 minutos. B

La población que ya hace 30 minutos de actividad física moderada al día debe ser animada para hacer actividad física de mayor intensidad o más tiempo B

La actividad física es una parte integral de la educación sobre estilos de vida saludables en personas con riesgo cardiovascular elevado. B

Los individuos con una historia de enfermedad cardiovascular deberían consultar a su médico antes de iniciar una actividad física. La actividad física intensa en general no está recomendada en personas con disminución de la función de ventrículo izquierdo, enfermedad coronaria severa, infarto de miocardio reciente, arritmias ventriculares importantes o estenosis valvular. B

Las personas con enfermedad coronaria deberían empezar la actividad física a baja intensidad e incrementarla gradualmente a lo largo de varias semanas. Debe hacerse una evaluación médica que incluya, cuando sea posible, una prueba de esfuerzo y hay que tener en cuenta esta morbilidad en el seguimiento regular del paciente. C.

Se ha comprobado que evaluar el riesgo previo al inicio del programa de actividad física y empezar con una actividad de baja intensidad con incremento progresivo en intensidad y duración a lo largo de varias semanas reduce el riesgo. C

## **SOBREPESO Y OBESIDAD**

### **RECOMENDACIONES GENERALES**

Debe medirse IMC y la CC como una parte de la valoración integral del RCV de la persona. D

La reducción de peso está indicada en las personas adultas que tienen obesidad (IMC >30). También se recomienda en las personas adultas con sobrepeso (IMC de 25-29,9) o perímetro abdominal > 88 cm. en la mujer y 102 cm en el varón y riesgo cardiovascular > 5% o diabetes. B

La prioridad inmediata en el manejo del peso es prevenir la ganancia de peso, conseguir y mantener una moderada pérdida de peso (5-10%) cuando sea conveniente e incrementar el ejercicio físico. B

El tratamiento integral para adelgazar debería incluir la combinación de reducción de ingesta energética, aumento de la actividad física y terapia conductual. A

Se desaconseja el uso de programas de pérdida de peso que promuevan la exclusión de grupos de alimentos del patrón dietético cardiosaludable o incremento de la ingesta de ácidos grasos saturados. C

Facilitar una mayor frecuencia de contactos entre las personas con sobrepeso u obesidad y los miembros del equipo sanitario que le atiende, durante el tratamiento para adelgazar, puede ayudar a conseguir una reducción de peso más eficaz. C

Tras la reducción de peso es difícil mantenerlo. Un programa de mantenimiento que combine dieta, actividad física y terapia conductual aumenta la probabilidad de mantener el peso conseguido. Dicho programa de mantenimiento deberá prolongarse por tiempo indefinido. B

Considerar las intervenciones farmacológicas solo como un complemento a un programa global de manejo del peso que incluya dieta, actividad física y uso de métodos conductuales y motivacionales en pacientes con IMC > 30 o con IMC > 27 y RCV >7%. B

Se recomienda la evaluación permanente del tratamiento farmacológico para comprobar su eficacia y seguridad. Si el fármaco resulta eficaz para el adelgazamiento (pacientes que responden) y no produce efectos adversos importantes, puede prolongarse su utilización hasta 2 años en el caso del orlistat y hasta un año en el caso de la sibutramina. B

La cirugía se debe considerar en personas con IMC > 40. La decisión se debe tomar teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular, otros riesgos para la salud y la presencia de otras enfermedades. D

### **RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL FUMADOR**

Se recomienda interrogar y registrar sistemáticamente, los antecedentes y consumo actual de tabaco a toda persona que consulte al sistema de atención de la salud. A

Se recomienda realizar el test de Fagerström modificado para la valoración de la dependencia de la nicotina. C

Se recomienda la utilización del modelo de los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente para valorar las expectativas, preferencias y necesidades del paciente. D

## INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR

Todos los fumadores deberían ser animados a dejar de fumar. Dejar de fumar tiene importantes e inmediatos beneficios para la salud en todos los fumadores de cualquier edad. A

Se recomienda que los profesionales de la medicina y enfermería ofrezcan un consejo breve para dejar de fumar a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto, dado que esta breve intervención incrementa moderadamente la tasas de cesación tabáquica. A

Se recomienda intervenciones motivacionales en los fumadores que no están preparados para dejar de fumar. C

Se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención educativa breve para dejar de fumar por parte del profesional sanitario de atención primaria. A

Se recomienda por igual el uso de las intervenciones terapéuticas intensivas conductuales, tanto grupales como individuales. A

Se recomienda que en el tratamiento farmacológico de la deshabituación tabáquica se utilicen como fármacos de primera línea: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropion. A

Se recomienda que los fumadores motivados para dejar de fumar reciban tratamiento farmacológico acompañado siempre de intervenciones terapéuticas conductuales o, al menos, de intervención educativa breve. A

Se recomienda un seguimiento programado de todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar. D

Se recomienda que para el tratamiento de la deshabituación tabáquica se utilicen drogas de segunda línea como el hidrocloruro de nortriptilina y la clonidina, sólo cuando no puedan utilizarse o no estén disponibles las drogas de primera línea. A

Se recomienda que toda persona con enfermedad cardiovascular aterosclerótica reciba, al menos una intervención breve para dejar de fumar, aunque es deseable reiterar las intervenciones educativas a lo largo del tiempo. Tanto la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) como el bupropión son seguros en estos pacientes y no incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares. A

Se recomienda el uso de la TSN con precaución (después de consultar con un especialista) en el periodo postinfarto de miocardio inmediato (4 semanas) y en aquellos fumadores con arritmias severas, o angina severa o inestable. C

El hidrocloruro de nortriptilina está contraindicado durante el periodo de recuperación de un infarto de miocardio. C

## MODIFICACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO

Cuanto más alto es el riesgo cardiovascular calculado, más intensivo debe ser el manejo de los FRCV modificables, incluyendo los lípidos. C

Una dieta cardiosaludable es recomendable en el manejo integral de las dislipemias. A

La educación dietética debe de ser adaptada al riesgo individual y perfil lipídico. B

En el rango de colesterol total (CT) entre 200 mg/dL y 310 mg/dL, todas las decisiones terapéuticas se basarán en el riesgo cardiovascular individual. B

En las personas con RCV en un periodo de 10 años > 5% el objetivo del tratamiento es bajar el RCV a menos de 5%. B.

El tratamiento farmacológico hipolipemiante está indicado en prevención



primaria en pacientes con riesgo cardiovascular alto (> 5%) cuando el C-LDL sea > 130 mg/dL. A

En general no se recomienda el uso de fármacos hipolipemiantes en personas con RCV bajo o moderado. B

Las personas con bajo HDL-Colesterol y triglicéridos elevados y un RCV > 5% se les debería proponer un plan de cuidados sobre estilos de vida de forma intensa y probablemente necesitaran tratamiento con un fibrato o tratamiento combinado. B

Todas las personas con colesterol total 310 mg/dL o LDL-Colesterol igual o mayor de 230 mg/dL, deberían iniciar tratamiento con fármacos, con objetivos terapéuticos de C-LDL <130 mg/dL y/o CT<200 mg/dL, y consejo específico para bajar el nivel de los otros factores de riesgo. C

En las personas con diabetes tipo 1 con microalbuminuria o diabetes tipo 2 se recomienda como objetivo terapéutico mantener el C-LDL<100 mg/dL. C

Las personas con antecedentes de enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular aterosclerótica, se consideran de muy alto riesgo siendo el objetivo terapéutico, mantener el CLDL< 100 mg/dL. A

El LDL-Colesterol debería usarse como indicador primario del manejo óptimo de los lípidos y para monitorizar las modificaciones terapéuticas. C

Después de un evento coronario agudo (IM o angina inestable) se debe iniciar el tratamiento con estatinas simultáneamente con educación intensiva sobre estilos de vida. El tratamiento debe tener como objetivo bajar el LDL-C a menos de 100 mg/dL. A

En las personas que después de un evento coronario agudo presentan hipertrigliceridemia y bajo HDL-Colesterol debería valorarse la utilización de fibratos o tratamiento combinado. C

## INTERVENCIONES SOBRE LA DIETA Y EL ESTILO DE VIDA QUE MODIFICAN EL PERFIL LIPÍDICO

La intervención dietética se recomienda claramente como parte del manejo integral del colesterol y los lípidos sanguíneos. A

Aconsejar una dieta cardiosaludable basada en la dieta mediterránea, rica en vegetales incluyendo frutas, legumbres, cereales, nueces, semillas y el uso regular aceite de oliva. Este patrón alimenticio puede incluir esteroles o estanoles. A

Ayudar a las personas a identificar y elegir comida baja en ácidos grasos saturados y colesterol. A

Identificar la ingestión excesiva de alcohol y aconsejar la reducción o sustitución por bebidas no alcohólicas. A

La educación individual sobre nutrición y otros cambios de estilos de vida se complementará con la prescripción de fármacos que modifican los factores de riesgo coexistentes para reducir el RCV absoluto. E

## MONITORIZACIÓN Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

A las personas que se prescribe intensa modificación de estilos de vida o tratamiento farmacológico hipolipemiante es recomendable mantener el tratamiento de forma indefinida. D

Se recomienda la monitorización de lípidos en pacientes con tratamiento farmacológico cada 3- 6 meses hasta que se alcance el nivel deseado, después cada 6-12 meses. C

Se debería realizar una determinación basal de transaminasas previo a la instauración de tratamiento con estatinas. También se deberían determinar las transaminasas y la creatinina antes del inicio del tratamiento con fibratos. Una segunda determinación se debería realizar en el primer control de lípidos y después solo si hay indicación clínica. D

Se debe determinar la creatinina (CPK) en las personas tratadas con síntomas musculares no explicables por otras causas. D

Se recomienda suspender el fármaco si un paciente en tratamiento con estatinas presenta síntomas musculares o una CK (creatinina) 10 veces el límite superior de la normalidad. B

Cuando alguien presenta un infarto de miocardio los lípidos deben medirse en ese momento y 3 meses más tarde. C

## DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

El diagnóstico de HTA se debe realizar en la consulta con la media de tres tomas separadas en el tiempo, midiendo la PA en condiciones estandarizadas y con aparatos validados y calibrados. D

Si sospechamos hipertensión clínica aislada, se recomienda el uso del AMPA como test de cribado de HTA, si es negativo no se hacen más estudios; si es positivo se recomienda confirmar el diagnóstico con MAPA. D

Se recomienda el cribado de la HTA a través de la toma periódica de la PA mediante la estrategia oportunista en consulta. D

Cuanto más alto es el riesgo calculado de mortalidad CV, más intensa debe ser la intervención sobre los FRCV modificables, incluyendo la PA, ya que mayor es el beneficio. C

La HTA se puede prevenir combinando cambios en el estilo de vida que incluyan evitar el sobrepeso, aumentar la actividad física, reducir el consumo de sal, de alcohol y otras medidas dietéticas. A

Para el tratamiento integral de la HTA se aconseja una dieta con contenido bajo en grasa total, ácidos grasos saturados y colesterol, y rica en frutas frescas, vegetales y productos lácteos desnatados. A

A las personas con HTA que presenten sobrepeso u obesidad se les debe dar recomendaciones apropiadas para la pérdida de peso. A

En el tratamiento de la HTA el consumo excesivo de alcohol debe identificarse y aconsejar la reducción o sustitución por bebidas sin alcohol. A

En el tratamiento de la HTA se debe reducir el consumo de sodio a no más de 2 g al día (cloruro de sodio 6 g). Ello supone limitar drásticamente todos los alimentos precocinados y las conservas, así como las bebidas efervescentes. A  
La educación individualizada de la dieta y otros cambios en los estilos de vida debe complementarse con la modificación de los FRCV y la prescripción de fármacos para reducir el RCV cuando los primeros sean insuficientes. D

Los diuréticos tiazídicos a dosis baja son los fármacos de elección como primera opción salvo que estén contraindicados. A

En algunas personas con HTA se requiere más de un fármaco para bajar la PA a los niveles óptimos. B

Después de un infarto agudo de miocardio se debe considerar el tratamiento con un betabloqueante y un IECA independiente de las cifras de la PA, asociándolo a consejos intensivos sobre estilos de vida y otra medicación necesaria como AAS y estatinas. A

En las personas que han presentado un ACV o un AIT se debe comenzar a bajar la PA con medicación a menos que la persona tenga hipotensión sintomática, junto con educación intensiva sobre los estilos de vida, asociando antiagregantes o anticoagulantes según indicación y estatinas.

Generalmente es recomendable esperar de 7 a 14 días antes de comenzar a bajar la PA

con fármacos antihipertensivos. A

Todas las personas con diabetes debido al riesgo creciente de complicaciones renales requieren tratamiento intensivo de la PA. D

Las personas que presenten diabetes y nefropatía, o diabetes y otra enfermedad renal crónica deben comenzar tratamiento con un IECA o un ARA-II (salvo contraindicación), independientemente de las cifras de PA. B

Las personas con PA por encima de 160/100 mmHg de forma mantenida deben tener tratamiento con fármacos antihipertensivos y plan de cuidados sobre los estilos de vida para bajar las cifras de PA desde el momento del diagnóstico. C

Con cifras de PA entre 140/90 y 159/99 mmHg todas las decisiones sobre el inicio del tratamiento con fármacos se deben basar en el riesgo de mortalidad CV individual. B

En las personas que tengan un riesgo de mortalidad CV a diez años > 5% el tratamiento debe pretender, al menos, reducir el riesgo a menos del 5%. B

La mayoría de los beneficios con el tratamiento se alcanzan si se logran cifras de PA: <140/90 mmHg en población general. A

Unas cifras de presión arterial por debajo de 130/80 mmHg son preferibles en diabéticos con nefropatía y en las personas que presentan enfermedad renal crónica. D

Los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos se deben comentar con el paciente antes del tratamiento. D

En las personas que estén con tratamiento farmacológico, la supervisión de la PA se recomienda cada 3 meses hasta que la PA esté controlada y entonces, cada 6 meses. La supervisión en el seguimiento de la creatinina y de los electrolitos es recomendable en las personas con valores iniciales altos, PA elevada persistente o en los que toman diuréticos, IECA o ARA II. B

## TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE

La dosis de ácido acetil salicílico (AAS) recomendado en prevención primaria es de 75-162 mg/día, 100 mg en nuestro medio. A

La indicación en prevención primaria debe hacerse siempre tras la estimación global del riesgo cardiovascular (RCV) individual y valorando el riesgo de sangrado. A

No hay evidencia de que el beneficio del tratamiento antiagregante sea mayor en las personas diabéticas que en las no diabéticas, por ello, la decisión de tratamiento en este grupo de personas, en prevención primaria, debe hacerse siempre tras la estimación global del RCV y valorando el riesgo de sangrado. B

Está indicado en prevención primaria sólo en varones y mujeres con un RCV fatal =5% a los 10 años y presión arterial sistólica (PAS) <145 mmHg. A

El AAS está contraindicado en las personas con alergia o intolerancia, úlcera péptica activa, presión arterial (PA) mal controlada y en personas con riesgos importantes de sangrado. A

El médico debe informar a las personas del beneficio del tratamiento y de sus

riesgos y estas deben intervenir en la decisión. D

Se recomienda tratamiento anticoagulante a las personas en FA que presenten factores de alto riesgo o más de un riesgo moderado para tromboembolismo. A Después de un evento cardiovascular (enfermedad coronaria o ictus trombótico) debe administrarse AAS, salvo contraindicación o indicación de anticoagulación, de forma rutinaria y de por vida. A

## DIABETES MELLITUS

En personas de alto RCV debe hacerse un manejo intensivo de los factores de riesgo, incluyendo diabetes. C

Se debe ofrecer tratamiento a todas las personas con diabetes para disminuir su RCV por debajo del 5% a 10 años. C

Los niveles de HbA1c deben ser tan cercanos a los niveles fisiológicos como sea posible. En la mayoría de los casos deben ser <7%. C

Los niveles óptimos de presión arterial a alcanzar en personas con diabetes son: <130/80 mmHg. D

A todas las personas con diabetes o con la agrupación de factores de riesgo conocida como Síndrome Metabólico, se les debe realizar un plan de cuidados sobre estilos de vida saludable. Los cambios en el estilo de vida que han demostrado beneficios son: Intervenciones dietéticas (A), Cese del hábito tabáquico (A) Realización de actividad física (B)

La educación dietética puede hacerse individualmente o en sesiones grupales. A

Una dieta cardiosaludable debe recomendarse como un componente integral del manejo de la diabetes. A

Con respecto a los lípidos, los niveles óptimos a alcanzar en personas con diabetes son: LDL-C <100. B

Debido al riesgo de presentación de complicaciones renales en los pacientes diabéticos, se hace necesario un abordaje intensivo de la presión arterial. A

Puede ser necesario emplear varios fármacos para conseguir los niveles óptimos de presión arterial B

Un control intensivo de la presión arterial está indicado en pacientes con diabetes y enfermedad renal crónica (ERC). A

Los diabéticos con nefropatía diabética establecida o microalbuminuria confirmada deben recibir un IECA o un ARA II (si no existen contraindicaciones). B

Unos niveles de presión arterial por debajo de 130/80 mm Hg son preferibles en diabéticos que presentan enfermedad renal crónica. D

Se debe realizar una valoración de RCV a todos los diabéticos anualmente desde el momento del diagnóstico. C

Las personas diabéticas y con nefropatía diabética establecida (índice albúmina creatinina >300 mg/g) o diabetes con otra enfermedad renal crónica deben ser clasificados directamente como de muy alto riesgo (riesgo > 7% a los 10 años). B

Al resto de personas con diabetes debe calcularseles el RCV a 10 años utilizando las tablas de riesgo. B

Intervenciones dietéticas para personas con ITG o GBA

Las personas que presentan un riesgo de padecer una diabetes tipo 2 deberían evitar la ganancia de peso. A

Todas las personas con ITG o GBA deben recibir educación dietética. La educación será impartida idealmente de forma individual o en grupos por personal sanitario. La actividad física debe ser igualmente aconsejada. A

Los adultos con riesgo de padecer una diabetes tipo 2 deben llevar una dieta cardiosaludable, reducir los ácidos grasos saturados e incrementar la ingesta de fibra. B

Intervenciones dietéticas que mejoran el perfil glucémico y lipídico en sujetos con diabetes tipo 2

En personas con diabetes que presenten sobrepeso u obesidad se recomienda como objetivo primario una reducción de la ingesta calórica que consiga pérdida de peso. A

Todas las personas con diabetes tipo 2 deben recibir educación dietética. La educación dietética debe ser impartida individualmente o en sesiones grupales por personal sanitario. Igualmente se debe recomendar la realización de ejercicio físico. A

Se debe aconsejar la adopción gradual de una dieta cardiosaludable a las personas con diabetes tipo 2. Se aconsejara una reducción en la ingesta de alimentos ricos en ácidos grasos saturados, azúcares y alimentos con harinas refinadas. Fomentar la sustitución progresiva de estos alimentos por otros con vegetales: frutas, cereales integrales, productos ricos en fibra, y legumbres. Se debe recomendar un incremento del consumo de pescado. A

Las intervenciones que son útiles para reducir los factores de riesgo en las personas sin diabetes también son útiles en los diabéticos. Se debe evaluar el consumo de sal y alcohol y limitar su uso. A

Para lograr la mejora de todos los factores de riesgo, especialmente peso corporal y control de la glucemia, son necesarias intervenciones dietéticas que incluyan educación continuada, modificación de la conducta, establecimiento de objetivos y seguimiento intensivo (plan de cuidados individualizado). A

Se deben identificar y recomendar cambios cualitativos en la dieta habitual y progresivamente aconsejar sobre los cambios cuantitativos para promover el desarrollo de un plan alimenticio saludable. C

La educación dietética para las personas con diabetes debe incluir consejo sobre el contenido de ácidos grasos saturados de las comidas, calidad de carbohidratos elegidos, y fomentar una ingesta alta de fibra superior a 40 g/día. A

Para el control de la hiperglucemia postprandial se recomienda: Incluir comidas ricas en fibra y con bajo o moderado índice glucémico en cada comida. Distribución adecuada de carbohidratos a lo largo del día. A

## PIE DIABÉTICO

La educación es esencial para proporcionar estrategias de autocuidado en las personas diabéticas, y para prevenir las complicaciones. A

La educación está basada en identificar: las necesidades individuales, los factores y grado de riesgo de úlceras de pie diabético, los recursos disponibles y las habilidades para el autocuidado. D

Todas las personas que tengan úlceras de pie diabético o con riesgo de

padecerlo, deberían tener conocimientos adecuados del cuidado de sus pies y de los recursos disponibles para su tratamiento A

Con vistas al pronóstico y al tratamiento, el pie diabético debe ser clasificado de acuerdo con la clasificación de Wagner, valorando además la presencia y grado de isquemia, existencia de toxicidad sistémica y grado de control de la glucemia. D

Se deben promover estrategias para mejorar las aptitudes de los profesionales en la valoración y el tratamiento del pie en las personas diabéticas, como elemento básico de prevención. B

La corrección metabólica de la diabetes es la medida esencial para la prevención del pie diabético. A

Aconsejar el uso de calzado adecuado y el desbridamiento de las callosidades son medidas eficaces en la prevención de las úlceras de los pies. C

Debe procurarse el control de los factores de riesgo, el reposo funcional de la zona afectada con medidas adecuadas para redistribuir la presión, el control de la infección y control de la humedad. D

Los índices tensionales medidos mediante técnica doppler, constituyen un estudio preceptivo a realizar, tanto en la anamnesis inicial como ante la sospecha clínica de progresión de la arteriopatía periférica. C

Debe realizarse exploración de la sensibilidad profunda presora mediante monofilamento de Semmes- Weinstein. C

Debe realizarse exploración neurológica de despistaje de neuropatía incluyendo valoración del reflejo aquileo y de la sensibilidad superficial. D

Frente a la presencia de uno o más factores con criterio pronóstico en cuanto a la aparición de complicaciones, debe instruirse al paciente con normas completas, sencillas e inteligibles de prevención. D

Las personas que presentan uno o más factores de riesgo, deben ser controladas cada seis meses. D

## RECOMENDACIONES: USO DE AAS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO E ICTUS

### TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

El AAS 75-150 mg/día debe darse de modo rutinario y de por vida. Estas dosis son al menos tan efectivas como dosis más altas. A

### TRAS ICTUS

El AAS 75-325 mg/día debe administrarse rutinariamente tras un ictus isquémico o accidente isquémico transitorio, a menos que haya indicación para anticoagulación. Estas dosis son al menos tan efectivas como dosis más altas. A

Se debe hacer un scanner cerebral (TAC) antes de iniciar tratamiento con AAS para excluir la hemorragia intracraneal. C

## RECOMENDACIONES: USO DE CLOPIDOGREL TRAS IM E ICTUS

### TRAS IM

Clopidogrel (75 mg/día) es una alternativa eficaz al AAS en personas con intolerancia o contraindicaciones al AAS. A

### TRAS ICTUS

Clopidogrel (75 mg/día) puede usarse como una alternativa segura y eficaz a la AAS tras un ictus. A

## RECOMENDACIONES: USO DE DIPIRIDAMOL TRAS UN ICTUS TRAS ICTUS

Hay evidencia insuficiente para recomendar dipiridamol como tratamiento de elección para la prevención secundaria de eventos vasculares, como monoterapia o en combinación con AAS. B

El tratamiento combinado con dipiridamol y AAS puede usarse para la prevención de ictus no fatal en personas con alto riesgo de eventos isquémicos cerebrales, incluyendo aquellos que tienen isquemia cerebral sintomática durante el tratamiento con AAS en monoterapia. B

La monoterapia con dipiridamol se recomienda para la prevención de ictus no fatal si el AAS está contraindicado y no se dispone de clopidogrel. B

## RECOMENDACIONES: USO DE ANTICOAGULACIÓN TRAS INFARTO DE MIOCARDIO E ICTUS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

Se debe prescribir anticoagulación oral (AO) a los pacientes que sobreviven a un infarto de miocardio con alto riesgo, incluidos aquellos con:

- Fibrilación auricular (FA) o FA paroxística. A
- Aneurisma ventricular izquierdo. A
- Trombos en el ventrículo izquierdo en el lugar del infarto demostrados por ecocardiografía. A
- Embolismo sistémico. A

La AO se debe valorar en las personas que no pueden ser tratadas con antiagregantes tras un IAM. A

## TRAS ICTUS

La AO no debe prescribirse a personas con ictus isquémico o ictus menores, a menos que se sospeche un embolismo cardíaco. A

La AO se debe considerar en pacientes que han sufrido un ictus asociado con FA a menos que esté contraindicado. A

La AO se debe considerar para personas tras un ictus isquémico asociado con enfermedad de la válvula mitral, prótesis valvulares cardíacas o en los 30 días siguientes a un IM. C

La AO debe iniciarse en el hospital. En un ictus menor se puede empezar tras las primeras 48 horas o más tarde si la hemorragia ha sido excluida por las técnicas de imagen cerebral. Un retraso de 7 a 14 días puede ser preferible para personas tras un ictus mayor. C

## TRAS INFARTO DE MIOCARDIO O ICTUS

El objetivo de INR debe ser 2.5 (rango 2-3) para la mayoría de las personas a las que se prescribe AO tras el IM o tras un ictus isquémico asociado con FA o enfermedad de la válvula mitral.

En prótesis mecánica el objetivo del INR >2,5. A

## RECOMENDACIONES: USO DE BETABLOQUEANTES TRAS INFARTO DE MIOCARDIO TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

Los betabloqueantes deben ser considerados para cualquier paciente que tenga un IM, salvo que estén contraindicados. A

Los betabloqueantes están también recomendados en aquellos pacientes con disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca (IC). A

La dosis inicial de betabloqueante debe ser baja y ajustarse posteriormente de

forma lenta. D

Todos los pacientes deben recibir una explicación sobre los beneficios y riesgos del tratamiento. D

Los betabloqueantes administrados por la noche pueden reducir el riesgo de la hipotensión postural y aliviar los síntomas de letargo y cansancio. D

Antes de interrumpir el tratamiento con betabloqueantes por efectos adversos se debe probar una dosis inferior u otro betabloqueante. D

Si las dosis plenas de un betabloqueante y un IECA no se toleran, son preferibles dosis moderadas de ambos que dosis altas de un solo agente. D

#### RECOMENDACIONES: USO DE IECAS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO E ICTUS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

Se debe prescribir un IECA a todos los pacientes tras un IM, independientemente de la función ventricular izquierda. El tratamiento debe iniciarse pronto y mantenerse un largo tiempo, especialmente en aquellos con infarto anterior, disfunción ventricular izquierda o IC. El tratamiento a largo plazo con IECA debe prescribirse a todas las personas con enfermedad coronaria. A

#### TRAS ICTUS

Debe iniciarse tratamiento con fármacos antihipertensivos o aumentar las dosis de aquellos que se estuviera tomando previamente, a menos que haya hipotensión sintomática. Un IECA asociado a un diurético tiazídico es una combinación apropiada. A

A la hora de establecer los niveles objetivo de PA tras un ictus, debería tenerse en cuenta el número y dosis de medicamentos prescritos, así como las comorbilidades asociadas. D

Es aconsejable esperar de 7 a 14 días tras un ictus agudo para iniciar el tratamiento antihipertensivo. D

#### TRAS INFARTO DE MIOCARDIO O ICTUS

En general, los tratamientos combinados con bajas dosis son una buena práctica. Se recomienda monitorizar periódicamente los electrolitos y la función renal. D

#### RECOMENDACIONES: USO DE HIPOLIPEMIANTES TRAS INFARTO DE MIOCARDIO E ICTUS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

Una estatina equivalente a 40 mg/día de simvastatina debe prescribirse a todo paciente tras un IM. La terapia con estatinas se debería iniciar en el hospital preferentemente. A

#### TRAS ICTUS

Se recomienda un tratamiento con estatinas para la mayoría de las personas tras un ictus isquémico o un accidente isquémico transitorio. La terapia con estatinas se debería iniciar en el hospital preferentemente. B

#### RECOMENDACIONES: USO DE ANTIARRÍTMICOS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

No se recomienda de manera rutinaria el tratamiento con antiarrítmicos, además de los betabloqueantes, tras un IM. A



#### RECOMENDACIONES: USO DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA TRAS INFARTO DE MIOCARDIO E ICTUS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO E ICTUS

La Terapia Hormonal Sustitutiva combinada no se debe usar para la prevención de enfermedad arteriocoronaria/ ictus o tras un evento cardiovascular. A

#### RECOMENDACIONES: USO DE ANTAGONISTAS DE CALCIO TRAS INFARTO DE MIOCARDIO TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

Los antagonistas del calcio bradicardizantes no dihidropiridínicos se deben considerar en pacientes en los que los betabloqueantes estén contraindicados, tengan una función ventricular normal y en los que se requiera un tratamiento para la angina o hipertensión. A

#### RECOMENDACIONES: USO DE NITRATOS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

Los nitratos se pueden usar tras un IM para controlar los síntomas de la angina y la IC, pero no están indicados para reducir el riesgo de posteriores eventos. A

#### RECOMENDACIONES: CUANDO INICIAR EL TRATAMIENTO TRAS UN INFARTO DE MIOCARDIO O ICTUS TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

La mayoría de los tratamientos se habrán iniciado en el hospital. Algunos pacientes requerirán inicio o ajuste de dosis en la revisión de atención primaria. D

#### TRAS ICTUS

El tratamiento con AAS debe iniciarse tan pronto como sea posible tras un ictus isquémico. La AO y estatinas deben iniciarse en el hospital. El tratamiento antihipertensivo con IECA y tiazidas debe iniciarse tras 7 a 14 días. D

#### ABORDAJE DEL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Es conveniente no realizar intervenciones con modelos educativos, que solo se centren en ofrecer información. A

Es necesario acercarse al conocimiento de las formas de incumplimiento de la persona para investigar sus causas y detectarlas mediante una entrevista clínica pormenorizada. B

El abordaje del cumplimiento debe basarse en varias intervenciones organizadas según un plan de cuidados individualizado y seguimientos periódicos. B

Los programas preventivos, deben incluir planes de cuidados individualizados que aborden entre otros el déficit de conocimientos de las personas. D

Se recomienda el uso de estrategias conductistas y motivacionales en la educación y consejo, para conseguir y mantener el cambio dietético. B

El hecho de simplificar los regímenes de dosificación aumenta el cumplimiento del tratamiento. A

Parece conveniente para el abordaje del incumplimiento, basarse en la elaboración de un plan de cuidados individualizado según el modelo de estados del cambio de Prochaska y Diclemente, que incluyan varias estrategias de intervención. D

Los planes de cuidados estandarizados se estructuran según las taxonomías NANDA, NIC, NOC. D