

Pacientes con Cardiopatía Isquémica Crónica (CIC)

Definición de paciente con CIC

- Paciente con anatomía coronaria patológica conocida (sintomático o no) ó
- Angina típica (probabilidad de enfermedad coronaria alta) ó
- Dolor torácico que no cumple criterios de angina típica con prueba de esfuerzo positiva

ESTABLE

- Empeoramiento de clínica y/o síntomas de IC y/o
- síncope/presíncope y/o
- taquicardia

Atención Primaria:

- Chequear **elementos de prevención 2aria**¹
- Completar tratamiento

Cardiología

Valorar pruebas complementarias y tratamiento

Revisión cada 6 meses en Atención Primaria

Si hospitalización:

Seguir protocolo de pacientes atendidos tras evento coronario agudo

Bajo Riesgo

- FEVI normal Y
- revascularización completa Y
- buen control de FRCV

Alto Riesgo

- FEVI <40% ó
- revascularización incompleta ó
- mal control de FRCV ó
- diabetes / insuf. renal

Revisión cardiológica bianual (*)

Revisión cardiológica anual (*)

¹ La prevención secundaria de factores y enfermedades de riesgo cardiovascular se realizará según lo establecido en los protocolos de la cartera de servicios del Área. Se adjunta una revisión actualizada de actividades preventivas secundarias en C.isquémica en el ANEXO VIII (pág. 16)

(*) La solicitud de las visitas subsiguientes tras la primera valoración será realizada directamente por Cardiología.

ANEXO VIII: Actividades preventivas secundarias en cardiopatía isquémica

INTERVENCIÓN	ACTITUD RECOMENDADA
Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> Realizar actividad física aeróbica al menos moderada los 7 días/semana al menos 30 min/día (Mínimo 5 días/semana). (carga ideal de trabajo entre 50-70% de máxima).
Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre consumo y aconsejar sobre abstinencia en cada consulta. Enviar a programa de deshabituación en pacientes refractarios (idealmente a programa de Rehabilitación cardíaca)
Peso	<ul style="list-style-type: none"> Recomendar pérdida de peso si IMC > 25 (con la finalidad de mantener entre 18,5 y 25) o si Cintura >102 cm en varones o > 88 cm en mujeres. Objetivo inicial reducción de peso del 10%.
HTA	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes DM o IRC cifra objetivo <130/80. Resto de pacientes <140/90 Para todos los pacientes: Control de peso, consumo moderado de alcohol, ejercicio físico, dieta con restricción de sodio, dieta con alto consumo de frutas y vegetales. Fármacos de elección IECAs y Betabloqueantes hasta dosis recomendadas (resto de medicación según necesidad para conseguir cifras objetivas)
Control de Lípidos.	<ul style="list-style-type: none"> Cifra objetivo para todos los pacientes LDL<100. Probablemente sea recomendable llegar a LDL<70. Recomendación de dieta con bajo contenido en grasas saturadas y alta de estanoles y Omega 3 en todos los pacientes. Fármacos de elección estatinas. Si TG >500 tratamiento con Fibratos o Niacina.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Modificaciones de dieta y tratamiento con la intención de obtener un control de la HbA1C "casi normal" (<7%). Dudas con respecto a las intervenciones "agresivas" en la prevención de complicaciones macrovasculares. Beneficio claro en Nefropatía. Fundamental el control muy riguroso del resto de FRCV.
Antiagregación/anticoagulación	<ul style="list-style-type: none"> AAS para todos los pacientes (75-162 mg/día). Doble Antiagregación con AAS+Clopidogrel (75mg/día) <u>para todos los pacientes tras evento agudo independientemente de si se ha realizado intervencionismo y tanto en SCACEST o SCASEST.</u> <ul style="list-style-type: none"> Si no alto riesgo de sangrado o necesidad de retirada por Cirugía mayor dar durante 12 meses después de un evento agudo o revascularización. Totalmente necesario durante un mes tras implantación de stent convencional, 3 meses con stents recubiertos con sirolimus o 6 meses o con paclitaxel. Anticoagulación con Dicumarínicos (FA, valvulares, trombo): INR entre 2 y 3. En el caso de que el paciente tenga indicación de doble Antiagregación y anticoagulación mantener INR entre 2-2,5 para minimizar riesgo de sangrado.
IECAS	<ul style="list-style-type: none"> Desde el punto de vista práctico <u>indicado en todos</u> los pacientes con CIC. Opcional en paciente con FEVI normal, revascularización completa y buen control de FRCV. Mayor beneficio en pacientes con FEVI<40%, DM, IRC.
ARA-2	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas indicaciones que IECAs en pacientes que no los toleren.
Inhib-Aldosterona	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes post IAM con FEVI <40% e ICC o DM. ICC en clases funcionales III-IV.
Betabloqueantes	<ul style="list-style-type: none"> <u>En todos los pacientes con CIC</u> salvo contraindicación manifiesta. Mayor beneficio en pacientes con FEVI disminuida o síntomas de IC.

IMC: índice de masa corporal; FEVI: Fracción de eyección de VI; SCACEST: Síndrome coronario agudo con elevación de ST; SCASEST. Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. CIC: cardiopatía isquémica crónica; IRC: Insuficiencia renal crónica; IC: insuficiencia cardíaca.