

● angina estable

Definición funcional

Proceso por el que, tras establecerse la sospecha de angina estable (AE) en cualquier punto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se dan los pasos necesarios para su confirmación y correcto tratamiento, en el menor plazo de tiempo posible, evitando demoras y pasos intermedios que no aporten valor añadido. Una vez instaurado dicho tratamiento, se asegurará la continuidad asistencial mediante el seguimiento ambulatorio a largo plazo del paciente.

Normas de calidad

- La evaluación clínica del paciente con sospecha de AE, en cualquier nivel asistencial, incluirá siempre los 6 aspectos siguientes: (1) Analizar las características del dolor torácico (típico o no) buscando datos clínicos sugestivos de isquemia miocárdica. (2) Verificar que el dolor torácico presenta un patrón "estable" (sin cambios en el último mes). (3) Analizar la prevalencia de cardiopatía isquémica en el grupo de población considerado (en función de la edad y sexo del paciente). (4) Identificar factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares. (5) Descartar la existencia de inestabilidad hemodinámica y/o de un síndrome coronario agudo (SCA). (6) Análisis del ECG.
- Exploraciones complementarias a considerar: (1) El test de isquemia miocárdica (TIM) es la primera prueba complementaria que hay que realizar con un fin diagnóstico y/o pronóstico. El TIM se realiza generalmente mediante ergometría y menos frecuentemente mediante ecocardiograma de estrés o gammagrafía, aunque la elección de una u otra modalidad dependerá de las características del paciente y de la accesibilidad de las exploraciones. (2) Se realizará un ecocardiograma para valorar función ventricular y posibles anomalías asociadas en casos con: cardiomegalia, anormalidades en el ECG, antecedentes de infarto previo, presencia de soplos o datos de fallo cardíaco. (3) Coronariografía en pacientes con: angina severa no controlable con tratamiento médico, intolerancia al tratamiento médico, evidencia de isquemia severa en las exploraciones complementarias o candidatos a cirugía vascular mayor.
- El tratamiento farmacológico de la AE incluirá 3 aspectos: (1) Control de los factores de riesgo coronario (FRC) modificables: tabaquismo, sedentarismo, obesidad, HTA, diabetes mellitus y dislipemia. (2) Antiagregantes plaquetarios (generalmente AAS 75-160 mg/día) y (3) Antianginosos: generalmente betabloqueantes junto con NTG s.l. para el alivio inmediato de las crisis de angina, con/sin nitratos de acción prolongada (orales o transdérmicos). Menos frecuentemente, se usarán calcioantagonistas en casos con: (a) Espasmo coronario, (b) Intolerancia a betabloqueantes y (c) Asociados a betabloqueantes y nitratos, cuando éstos no bastan para controlar los síntomas.



[angina estable]

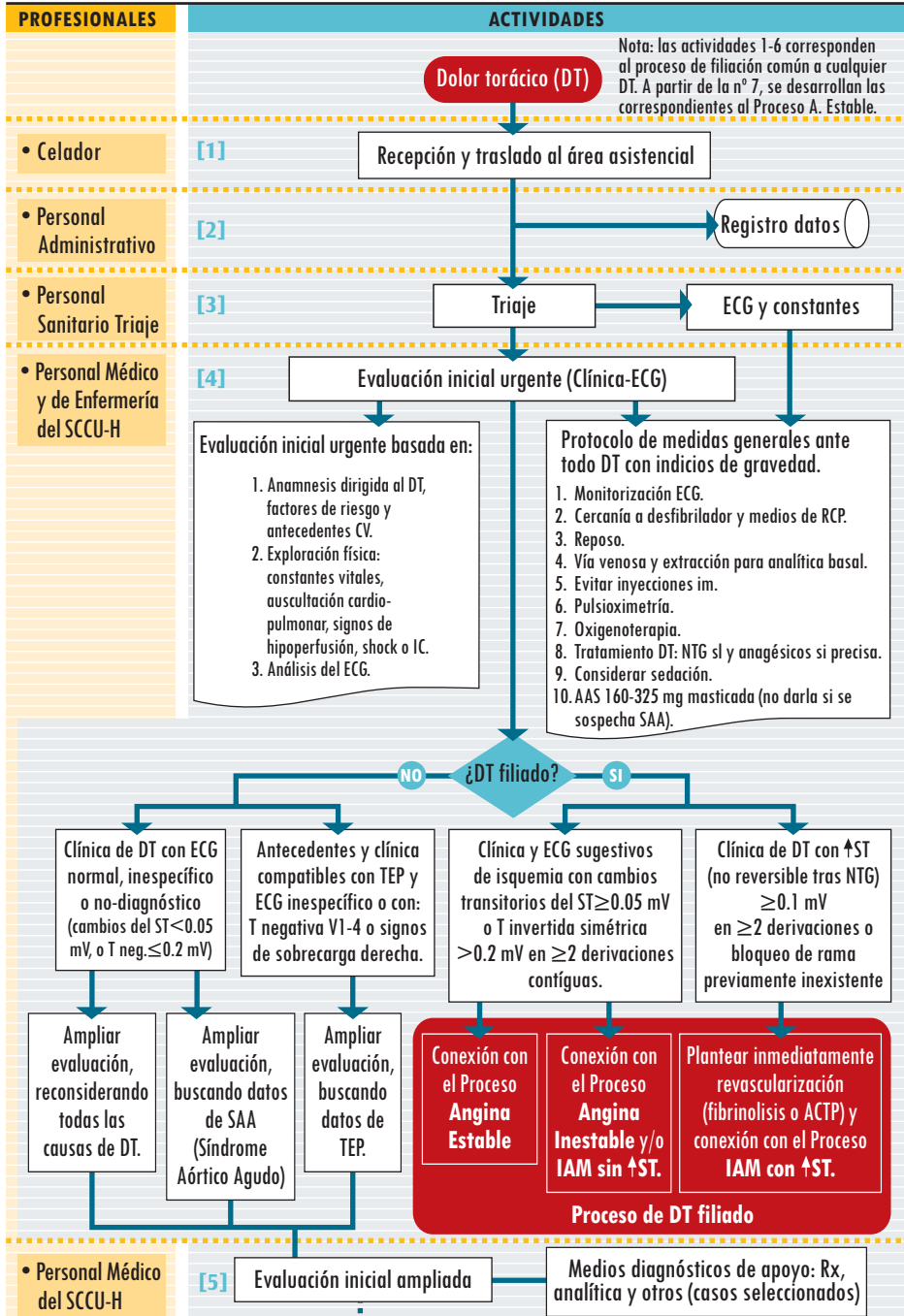
- El tratamiento no farmacológico de la AE consiste en revascularización miocárdica (mediante angioplastia –ACTP– o cirugía coronaria) y estará clínicamente indicado en las mismas situaciones referidas previamente como indicaciones de coronariografía.
- En general, los pacientes con lesiones favorables de uno o dos vasos, con función ventricular conservada, suelen ser candidatos a angioplastia, siempre que ésta esté clínicamente indicada, según lo referido previamente. Por el contrario, los pacientes con enfermedad de dos o tres vasos, especialmente con disfunción ventricular y/o afectación de la descendente anterior proximal y buenos vasos distales, son habituales indicaciones de cirugía. El tronco común izquierdo implica cirugía salvo comorbilidades avanzadas que la hagan inviable. En algunos casos con enfermedad de dos o tres vasos, la angioplastia puede suponer una alternativa a la cirugía.
- Las revisiones de los pacientes con angina estable, en cualquier nivel asistencial, deben incluir valoración periódica de: TA, ECG, glucemia y perfil lipídico.
- Respecto al control de los FRC, el objetivo terapéutico será: mantener colesterol-LDL < 100 mg/dl, TA < 140/90 mmHg, glucemia < 120 mg/dl, así como abandono del tabaquismo, sedentarismo y corrección del sobrepeso.
- Proporcionar educación sanitaria: los pacientes deben ser instruidos sobre el uso de los nitritos sublinguales ante la aparición de angina y que, si no se controla en un plazo de 15-20 min (tras 3 NTG s.l. a intervalos de 5-10 min), deben buscar asistencia médica inmediata o activar un sistema de emergencia sanitaria (061). Información y promoción de hábitos saludables y de control de factores de riesgo coronario.



[angina estable]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Angina estable. Puerta de entrada 1a: S.C.C.U.H.



[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 Angina estable. Puerta de entrada 1a: S.C.C.U.H.]

• Personal Médico del SCCU-H

[5]

Evaluación inicial ampliada

Medios diagnósticos de apoyo: Rx, analítica y otros (casos seleccionados)

Ampliación de la evaluación inicial en el DT

1. Ampliar anamnesis y exploración en todos los casos.
2. Exploraciones complementarias que se solicitarán en la mayoría de los casos: Rx tórax y analítica (troponina y CPK - MB masa y/o mioglobina).
3. Para descartar SCA: ECGs y enzimas cardíacas seriados (*)
4. Si se sospecha de TEP: gasometría arterial, dímero D y considerar anticoagulación, independientemente de que se soliciten gammagrafía pulmonar, TAC torácico, eco - doppler de miembros inferiores y/o flebografía.
5. Si se sospecha SAA (síndrome aórtico agudo) solicitar: TAC torácico, ecocardiograma (ETT/ETE) o RM, según experiencia y disponibilidad.

(*) Ampliación de la evaluación inicial en Angina Estable

1. Analizar características del DT (típico/atípico).
2. Valorar patrón evolutivo del DT (estable/inestable).
3. Analizar prevalencia de C. isquémica (edad/sexo).
4. Identificar FRC y antecedentes cardiovasculares.
5. Descartar datos de inestabilidad hemodinámica.
6. Analizar ECG: cambios ST-T, ondas Q, arritmias.
7. Descartar que se trate de un SCA: en casos dudosos, valorar marcadores de daño miocárdico (troponina, CPK-MB masa).

Según Protocolo Interservicios del Hospital

[6]

Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT

¿DT filiado?

SI

NO

Evaluación inicial no concluyente: ECG, Rx de tórax y analítica sin alteraciones significativas.

Observación y test (*) (ECG y analítica) seriados cada 4-6 h.)

Evolución

Hay recurrencias del DT y/o tests seriados positivos

Ausencia de recurrencias del DT y tests seriados negativos

Periodo de observación negativo

(*) Tests Seriados: Si no hay alteraciones concluyentes en la evaluación inicial, se repetirá el ECG y la analítica (Troponina y CPK-MB masa y/o mioglobina) cada 4-6 h. durante las primeras 8-12 h.

Según Protocolo Interservicios del Hospital: Personal Sanitario del SCCU-H, junto con Cardiología y MI

[7]

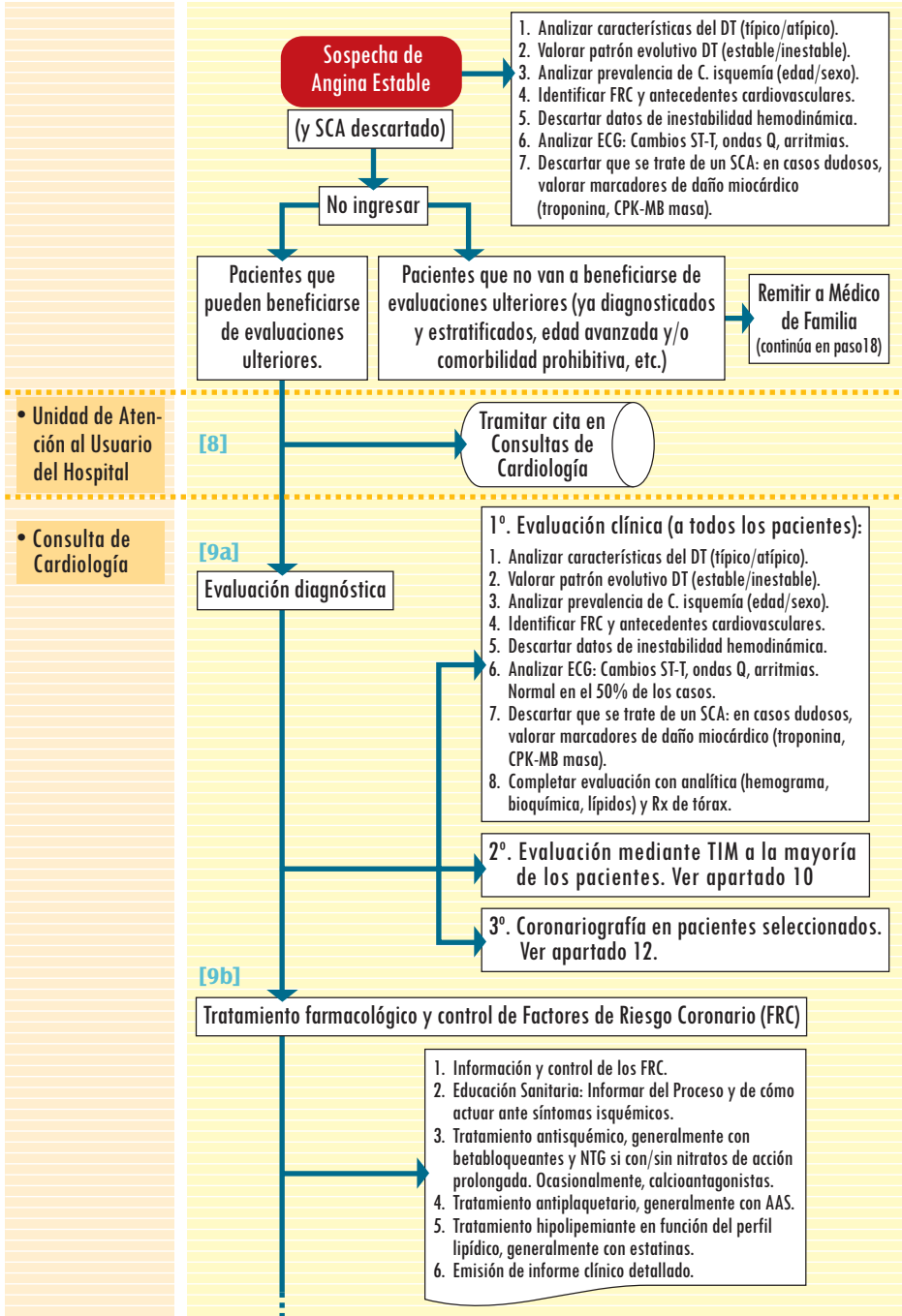
Evaluación ulterior y exploraciones adicionales: reconsiderar todas las causas de DT, especialmente Cardiopatía Isquémica, SAA y TEP.

Sospecha de Angina Estable
(y SCA descartado)

[angina estable]

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3]

[Angina estable. Puerta de entrada 1a: S.C.C.U.H.]

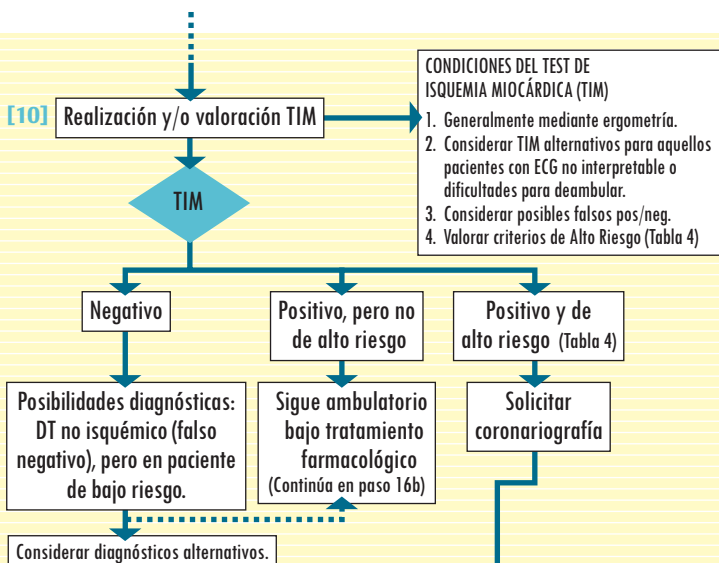


• Unidad de Atención al Usuario del Hospital

• Consulta de Cardiología

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3
Angina estable. Puerta de entrada 1a: S.C.C.U.H.]

• Cardiólogo
(área de exploraciones)



• Unidad de Atención al Usuario del Hospital

[11]

Trámites de ingreso para coronariografía

12. Cardiólogo intervencionista
13. Cirujano cardiovascular

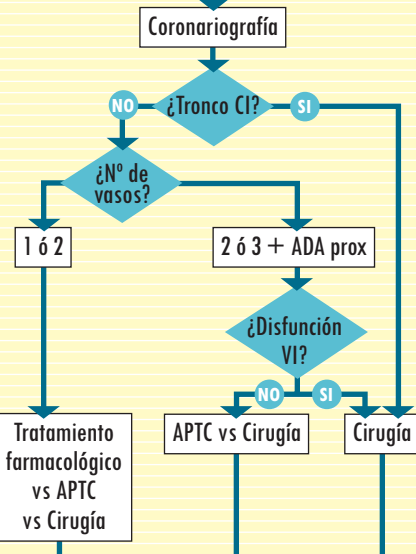
INDICACIONES DE CORONARIOGRAFÍA

1. Angina severa no controlable con tratamiento médico.
2. Intolerancia al tratamiento médico o insuficiente calidad de vida con el mismo.
3. TIM positivo de alto riesgo.
4. Candidatos a cirugía vascular mayor.

1. Informar al paciente y familia.
2. Indicaciones adecuadas y consensuadas entre: Clínico, Cardiólogo intervencionista y Cirujano CV.
3. Realización según estándares de calidad. Centros acreditados.
4. Revascularización según GPC, basándose en la clínica, anatomía y experiencia local.
5. En caso de ACTP+ stent, el tratamiento antiplaquetario incluye un anti-GPIIb/IIIa hasta 12-24h después, junto con AAS y clopidogrel durante 1 mes.
6. Emisión posterior de informe donde se detalle el procedimiento de revascularización realizado.

[12] Coronariografía y revascularización mediante ACTP o cirugía coronaria

[13]



[angina estable]

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3]

[Angina estable. Puerta de entrada 1a: S.C.C.U.H.]

