

# **PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR**

[www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)

**Equipo técnico:**

**D.T. Dra Rosana Gambogi**

**Dra. Andrea Arbelo**

**Dr. Alvaro Niggemeyer**

**Lic. Nut. Soledad Calvo**

**Lic. Enf. Isabel Wald**

**Lic. Enf. Marcela Baldizzoni**

## 1. INTEGRACIÓN DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS

El Programa promueve la formación de equipos **multidisciplinarios** integrados por **licenciados en enfermería, licenciados en nutrición, médicos (generalistas, internistas, cardiólogos, especialista en cesación tabáquica), licenciados en psicología, fisioterapeutas y licenciados en trabajo social.**

El **equipo mínimo** requerido es de un **médico (general, cardiólogo o internista), un Licenciado en Enfermería y de un Licenciado en Nutrición.**

## 2. METODOLOGÍA

El seguimiento de los pacientes se realiza a través de controles presenciales con el equipo ya sea en **forma individual o grupal** durante dos años como mínimo.

Los pacientes que no concurren a los controles establecidos se contactan a través de llamadas telefónicas para identificar así causas de faltas y para reinsertarlos en el Programa.

El Fondo Nacional de Recursos financia la medicación cardioprotectora [ácido acetil salicílico (AAS), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II, betabloqueantes (Atenolol), estatinas (Atorvastatina), Ezetimibe, y para pacientes con alteraciones de la regulación del metabolismo de la glucosa, metformina y glibenclamida durante la permanencia del paciente en el Programa

El Programa propone reforzar la actividad de los médicos tratantes, con la finalidad de desarrollar en conjunto un modelo de atención que permita lograr los beneficios demostrados. Por tal motivo los pacientes deberán mantener consultas con su médico tratante con la finalidad de mantenerlo informado e intercambiar opiniones. Si bien se enfatiza la importancia de adherirse a las guías nacionales e internacionales para el manejo de pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica, la decisión final para iniciar un tratamiento, tipo de fármaco, dosis y oportunidad del mismo respeta la indicación del médico tratante.

La información obtenida se ingresa en una historia clínica informatizada en red con el FNR, especialmente diseñado a tales efectos. Esta historia se utiliza como medio evaluador del funcionamiento del programa en las diferentes instituciones.

## 3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

**Pacientes portadores de cardiopatía isquémica** con revascularización miocárdica ya sea mediante angioplastia, cirugía cardíaca, fibrinolíticos cubiertos por el FNR

realizada a partir de fecha a estipular, de 70 años o menos al momento de la realización.

#### 4. CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES

***Pacientes portadores de cardiopatía isquémica revascularizados:*** los pacientes se contactan telefónicamente luego que ingresa al sistema informático del FNR la realización del procedimiento de revascularización (aproximadamente un mes luego del procedimiento). Son informados sobre la existencia del programa, los beneficios del mismo y se agendan para su primer consulta con el equipo.

#### 5. CRONOGRAMA DE LAS CONSULTAS

La frecuencia de las consultas con el equipo multidisciplinario puede variar según la complejidad del paciente, la adhesión a las recomendaciones realizadas y las particularidades que se sugiera por cada equipo.

La estructura sugerida es la siguiente:

**Durante el primer año:** un ***control inicial (\*)***, seguido de controles cada 2 o 3 meses.

**Durante el segundo año:** los ***controles (\*\*)*** se realizan cada 6 meses, pudiendo variar la frecuencia según la evolución de cada paciente en relación al control de los factores de riesgo y a la adhesión a las recomendaciones higiénico-dietéticas.

Se podrán intercalar entre ellos ***visitas (\*\*\*) y/o visitas telefónicas (\*\*\*\*)***.

**\*Control inicial:** se realiza una entrevista diagnóstica individual por parte de: **médico, enfermera y nutricionista.**

**\*\*Controles:** el paciente es visto por todos los integrantes del equipo multidisciplinario incluido el médico, en forma individual o grupal.

**\*\*\*Visitas:** el paciente es valorado por enfermera y nutricionista del equipo. Si se detectan problemas que requieran intervención médica serán referidos de inmediato.

**\*\*\*\*Visita telefónica:** es realizada por enfermera o nutricionista del equipo entre los controles separados por un lapso superior a seis meses.

**Visitas grupales:** se podrán realizar instancias grupales abordando diferentes temáticas detectadas como de interés para los pacientes o para el equipo.

En todas las instancias de contacto con el paciente éste retira la medicación ya indicada por el médico en el control previo, en cantidad suficiente hasta el próximo contacto; calculada por el propio programa informático.

**Después del segundo año:** los pacientes podrán ser referidos al médico general, de familia o cardiólogo tratante ya sea en el primer nivel o segundo nivel de atención con la correspondiente referenciación e información al médico tratante.

## 6. ACTIVIDADES REALIZADAS EN LAS CONSULTAS

### *En el control inicial se realiza:*

- Información al paciente sobre objetivos del programa.
- Anamnesis con el paciente, realizado por médico, nutricionista, enfermera.
- Mediciones de presión arterial, contorno de cintura, peso, talla, pulso; según técnica..
- Revisión de antecedentes e historia clínica del FNR en pacientes revascularizados.
- Ingreso de datos a la historia clínica informatizada: se completa el **formulario de inicio**.
- Entrega de material impreso informativo.
- Valoración de la calidad de vida a través del formulario SF36 (opcional).
- Prescripción de fármacos.
- Pedido de exámenes paraclínicos básicos (perfil lipídico, glucemia, TGO, TGP, CPK, creatininemia, en diabéticos glicemia de ayunas y HbA1c ).
- Contacto con médico tratante por intermedio de una carta informativa y planilla de medicación indicada, entregada al paciente.
- Derivación a cardiólogo, nefrólogo, diabetólogo, endocrinólogo, cirujano vascular según necesidades de cada paciente.
- Referir al paciente al programa de cesación tabáquica en convenio con el FNR más accesible para el paciente.
  
- **Primeras instancias educativas** orientando hacia hábitos de vida saludables para controlar los factores de riesgo. Las estrategias que se recomiendan para tener éxito sobre los cambios conductuales deben desarrollarse por todos los integrantes de los equipos técnicos y se basan en los siguientes pasos:
  1. Desarrollar una alianza terapéutica con el paciente
  2. Asegurarse que los pacientes entienden la relación entre el comportamiento, la salud y enfermedad.
  3. Ayudar al paciente a entender las barreras que impiden lograr cambios en las conductas.
  4. Involucrarlos en la identificación y elección de factores de riesgo plausibles de cambio diseñando un plan de cambios.
  5. Monitorear los progresos con el paciente en los siguientes controles.
  
- **Recomendaciones terapéuticas** de acuerdo a guías internacionales y nacionales que incluye.

## **1. Consejo de abandono del tabaquismo y evitar humo de segunda mano:**

todos los fumadores deben recibir el consejo de cesación por todos los integrantes del equipo. **(anexo 6)**

Se recomienda utilizar los siguientes pasos:

- a. Preguntar en todas las consultas sobre el estado actual en relación al tabaquismo.
- b. Determinar el grado de adicción y su interés en dejar de fumar.
- c. Derivar al paciente si así lo desea a un programa de cesación tabáquica en convenio con el FNR.
- d. Fijarle fecha y hora para asistir al programa de cesación.
- e. Pactar con el paciente cambios en sus conductas que lo ayuden hacia una futura cesación.
- f. Entrega de material impreso informativo.
- g. Entrega de planillas para autoregistro domiciliario de presión arterial, glicemia, minutos de caminata diaria, número de cigarrillos fumados para los fumadores, etc.

**2. Prescripción de fármacos:** se intentará optimizar el tratamiento farmacológico en conjunto con el médico tratante a través de la prescripción mantenida de fármacos cardioprotectores de probada eficacia.

Los fármacos recomendados son:

***i. Aspirina u otro antiagregante plaquetarios ii.***

***Beta-bloqueantes***

***iii. Inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina (IECA) o Antagonistas angiotensina II.***

***iv. Estatinas / Ezetimibe***

Las indicaciones farmacológicas se adecuan en cada control en función de la respuesta y tolerancia a las mismas.

El objetivo consiste en alcanzar los objetivos terapéuticos ajustando las dosis de forma de no tener efectos secundarios durante el tratamiento. Se debe realizar un monitoreo clínico y paraclínico regular en busca de probables efectos secundarios a la medicación prescrita.

El paciente retira la medicación cada vez que se contacta con el equipo ya sea a través de visitas o controles y las cantidades entregadas se calculan para asegurar la medicación entre cada contacto.

**3. Incentivar la elección de un plan de alimentación sano. Se aconseja sobre el consumo de:**

- a) Frutas y verduras (5 porciones/día).
- b) Lácteos descremados o light y/o con adición de omega 3.
- c) Pescados 2 veces por semana.
- d) Cereales comunes o integrales (arroz, harina)
- e) Pan y galletas comunes o integrales sin grasas.
- f) Leguminosas (lentejas, porotos, garbanzos)
- g) Aceites crudos o mezcla de más de una variedad.

**Se desaconsejará sobre el consumo de:**

- a) Cortes grasos de carnes, gallina, vísceras, embutidos (asado, chorizos, frankfurters, hígado, riñón, molleja, etc).
- b) Fiambres y quesos grasos.
- c) Pates, tocino, corned-beef, margarinas, mantecas, crema doble.
- d) Snacks y aperitivos.
- e) Chocolates, dulce de leche, alfajores, galletitas, bizcochos, tortas.
- f) Frituras y comidas rápidas (hamburguesa, milanesas, etc)
- g) Bebidas gaseosas que no sean Light.
- h) Golosinas de cualquier tipo.

La valoración y consejo nutricional debe ser realizado por la Lic. en Nutrición del equipo.

Se recomienda que cada paciente sea valorado en su primera visita en forma personal por la Lic. Nutrición y se le realice un plan de alimentación individualizado.

Los demás integrantes del equipo deberán evaluar cambios en las conductas en relación a los hábitos alimentarios y reforzar el consejo en cada contacto con el paciente.

**4. Aumento de la actividad física:** se debe promover la actividad física en todos los pacientes. El objetivo es que puedan llegar a caminar mínimo 30-45 minutos en forma enérgica 4-5 veces por semana completando los 150 minutos semanales. Las caminatas deberán ser progresivas, evitando horarios de intenso calor o frío hasta alcanzar el objetivo planteado. Los pacientes que deseen realizar ejercicios de

mayor intensidad deberán ser evaluados previamente a través de un test durante el ejercicio (ergometría) que los habilite.

- 5. Control y registro periódico domiciliario de:** presión arterial, glicemia en diabéticos pre y post prandial, número de cigarros fumados por día en los fumadores, minutos de caminata diaria. Se le entregará al paciente una planilla para que registre regularmente los datos mencionados para luego poder adecuar recomendaciones y prescripción farmacológica.

***En los controles posteriores se evalúa:***

1. Actitud del paciente en relación a las propuestas realizadas.
2. Grado de adhesión a las recomendaciones nutricionales.
3. Grado de adhesión a la actividad física.
4. Grado de adhesión a la medicación prescrita.
5. Niveles del perfil lipídico, glicemia y enzimograma hepático.
6. Evolución del peso, contorno de cintura, presión arterial y pulso.
7. Evolución clínica: reinternaciones, nuevos procedimientos cardiológicos, situación funcional, tolerancia y efectos secundarios a la medicación.
8. Evaluación de objetivos terapéuticos con el paciente.
9. Se solicitan nuevos exámenes de laboratorio (perfil lipídico, TGP, CPK si hay síntomas adversos o se parte de CPK elevada).
11. Se coordina con médico tratante necesidad de realizar estudios complementarios como electrocardiogramas (ECG), ergometrías (PEG), centellogramas, ecocardiograma. Son pedidos por el médico tratante del paciente.
12. Se realiza educación del paciente y se envía informe al médico tratante.
13. Al año de ingreso al Programa se aplica nuevamente cuestionario para evaluar calidad de vida relacionada a la salud (SF 36 ).
14. Ingreso de datos en la historia clínica informatizada en el formulario de control.
15. Derivación a otros especialistas según necesidades.

16. Aplicación del score para identificar pacientes con hipercolesterolemia familiar, quienes se enviarán para su estudio al equipo de genética de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

17. Indicación de vacunación contra la gripe anualmente durante el otoño y contra el neumococo cada 5 años.

***En las visitas se realiza:***

1. Educación al paciente y familia evaluando adhesión a las recomendaciones.
2. Se reafirma educación sobre conductas no saludables.
3. Se registra en la historia clínica informatizada valoración de enfermería y nutricionista, variables antropométricas, presión y pulso, formulario de visita.
4. Evaluación por Enfermera y Nutricionista y referenciación al médico únicamente si se detectan problemas no solucionables por éstos profesionales como cifras tensionales elevadas bajo tratamiento farmacológico, cifras de hiperglicemia o de hipoglicemia, aparición de nueva sintomatología cardíaca como angor, disnea, etc.

**7. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

Los esfuerzos educacionales y la prescripción de fármacos tienen como objetivo lograr que el paciente alcance objetivos terapéuticos recomendados por las guías internacionales y nacionales basadas en la evidencia científica disponible.

- LDL <70 mg/dl
- Triglicéridos (TGL) <150 mg/dl
- HDL > 45 mg/dl en hombres y de 55 mg/dl en mujeres.
- Col no HDL < 100 mg/dl
- PA < 140/90 mmhg
- Hemoglobina glicosilada (Hb A1c) < 7 % en diabéticos
- Cesación del tabaquismo
- Actividad física moderada de 150 min por semana
- IMC < 25K/m<sup>2</sup> (peso posible) • Adhesión buena al plan nutricional.
- Perímetro de cintura < 94 cm en hombre  
< 80 cm en mujer



## **8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS**

Las actividades de los diferentes integrantes del equipo se organizarán según prioridades y disponibilidades de cada institución participante. De todas formas se propone el siguiente grupo de actividades.

### **o Lic. Enfermería**

Captación y organización de los pacientes en los diferentes horarios de consultas.

Consulta de enfermería priorizando tareas educativas ya descritas.

Ingreso de datos a historia clínica informatizada (Sistema María).

Entrega de material impreso informativo a los pacientes y familia.

Recoordinación de pacientes ausentes a controles coordinados.

Organización de talleres grupales dirigidos a pacientes tratando temática de interés para el equipo y para ellos. Ejemplo: obesidad, diabetes, sedentarismo, tabaquismo.

Organización de reuniones de equipo mensuales para evaluar fortalezas y dificultades encontradas.

Aplicar formularios de satisfacción a los pacientes y evaluar los resultados de los mismos. Proponer cambios según lo encontrado.

### **o Lic. Nutrición**

Consulta nutricional individualizada

Ingreso de datos a historia clínica informatizada (Sistema María)

Participación en talleres grupales.

### **o Médico**

Consulta medica (educación, prescripción, evaluación)

Contacto escrito o telefónico con otros médicos que participan de la atención del paciente ya sea para optimizar tratamiento farmacológico, solicitar estudios, etc.

Ingreso de datos historia clínica informatizada.

Participación en talleres grupales.

Evaluación de resultados y devolución de los mismos a directivos de la institución.

Divulgar el Programa a nivel institucional; directivos, mandos medios, etc de las diferentes especialidades.