

Contenidos	Observaciones
<p><b>1. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial</b></p> <p>1.1. Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.</p> <p>1.2. Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.</p> <p>1.3. Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.</p>	<p>Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221</p>
<p><b>2. Identificación del paciente</b></p> <p>2.1. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.</p> <p>2.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).</p> <p>2.3. Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.</p>	<p>Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221</p>
<p><b>3. Referidos al proceso asistencial</b></p> <p>3.1. Día, mes y año de admisión.</p> <p>3.2. Día, mes y año de alta.</p> <p>3.3. Motivo del alta: Por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro Centro para diagnóstico y/o tratamiento.</p> <p>3.4. Motivo inmediato del ingreso.</p> <p>3.4. Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.</p> <p>3.5. Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.</p>	<p>Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221</p> <p>Los informes de alta recogen la fecha de ingreso y de alta en el hospital, incluyendo los traslados entre unidades asistenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores de riesgo cardiovascular.</li> <li>- Comorbilidades que se consideren relevantes.</li> <li>- Clase funcional del paciente (tanto para la angina como para la disnea).</li> </ul> <p>Descripción de los hallazgos más relevantes de las pruebas más significativas, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ECG.</li> <li>- Ecografía</li> <li>- Coronariografía</li> </ul>

Contenidos		Observaciones
3.6. Diagnóstico principal.	<p>Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST). Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST). Angina inestable</p>	<p>La CIE-10-MC contempla los siguientes diagnósticos principales al alta en procesos de SCA: Ver anexo*</p>
3.7. Otros diagnósticos, en su caso.	<p>Incluir los relevantes para el seguimiento del pacientes (factores de riesgo cardiovascular, presencia o no de insuficiencia cardiaca y su tipología, comorbilidades relevantes (EPOC, por ejemplo), etc.</p>	
3.8. Procedimientos	<p>Coronariografía (sin/no): hallazgos (Número de arterias coronarias enfermas, si se realizó revascularización de las mismas (percutánea o quirúrgica) y si ésta fue completa o no y si en caso de que no lo fuese si se decidió revascularizar en un segundo tiempo o se decidió manejo conservador de esas lesiones). Variables SYNTAX. - Bypass aortocoronario (variables relevantes para EUROSCORE)</p>	
3.9. Recomendaciones terapéuticas	<p>En todo paciente dado de alta hospitalaria por SCA se deben considerar las siguientes indicaciones terapéuticas, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acido acetil salicílico</li> <li>• Clopidogrel/prasugrel/ticagrelor</li> <li>• Anticoagulación oral (en caso de indicación asociada)</li> <li>• <math>\beta</math>-Bloqueantes (en pacientes con disfunción ventricular izquierda)</li> <li>• Estatinas</li> </ul>	<p>Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación. Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente. Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo. Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena,...), así como si alguno tiene una dosificación flexible (por ejemplo diuréticos en el paciente con insuficiencia cardiaca, de acuerdo al peso). Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo AINEs en insuficiencia cardiaca).</p> <p>Doble antiagregación. Generalmente 12 meses, pudiendo considerarse 6 meses en poblaciones de alto riesgo hemorrágico especialmente con stents de última generación. " En pacientes seleccionados con alto riesgo isquémico y realizando una adecuada valoración del riesgo-beneficio se puede considerar la prolongación de la DATP más allá de los 12 meses".</p>

Contenidos	Observaciones
------------	---------------

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina / de bloqueantes de los receptores de angiotensina (en pacientes con disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca, hipertensión o diabetes)
- Consejo antibáquico
- Incorporación a un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca

Recomendaciones especiales en cuanto al tratamiento: frecuencia cardiaca con beta bloqueantes; función renal e iones con IECA/ARA II/Antagonista de la aldosterona; transaminasas/CPK con estatinas, etc.  
 - Indicar si hay que titular algún fármaco y la dosis objetivo.  
 - Si hay que realizar un ECG de control y cuándo, si hay que realizar una analítica específica y cuándo.

3.10. Objetivos terapéuticos específicos

En todo paciente dado de alta hospitalaria por SCA se deben considerar las siguientes objetivos terapéuticos, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):

- Dieta: ingesta calórica y dieta cardiosaludable. Objetivo: índice de masa corporal (IMC) deber estar entre 20-25 kg/m<sup>2</sup>.

La dieta cardiosaludable, incluye:

Baja en sal.

Pobre en grasas de origen animal y carnes rojas.

Basada en verduras y legumbres, fruta, aceite de oliva, pescados.

Los lácteos deben de ser desnatados.

Abstenerse de mantequillas, margarinas, embutidos, alimentos precocinados, comidas rápidas y "snacks". Utilizará aceite de oliva virgen extra para cocinar y condimentar.

Recomendaciones individuales según el paciente.

Si es diabético, evitará el pan, azúcar, dulces, patatas, arroz o pasta y limitar las frutas ricas en azúcares (uvas, melón, plátano).

En general (recomendaciones individuales según el paciente): Ejercicio físico regular. Empezar de forma progresiva. Al menos 150 minutos a la semana con intensidad moderada.

- Actividad física

## Contenidos

## Observaciones

- Vida socio-laboral.
- Abstención absoluta del tabaco.
- Vacunación antigripal anual (en Atención Primaria).
- Vacunación antineumocócica a los mayores de 65 años o en caso de cardiopatía grave (en Atención Primaria).
- Presión arterial. <140/90. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente (en algunos pacientes este objetivo puede estar entorno a 130/80 mmHg). Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial (fármacos a titular/añadir).
- Frecuencia cardiaca. <70 lpm. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente. Recomendaciones específicas en caso de frecuencia cardiaca elevada (fármacos a titular/añadir).
- Lípidos. Colesterol LDL <70 mg/dL (o reducir al menor un 50% en pacientes con LDL basal entre 70-135 mg/dL y por tanto habrá que señalar la cifra objetivo). Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia (estatina ± ezetimiba± inhibidores PCSK9).
- Diabetes. Hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7,0%. Realizar recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento en caso necesario.

En pacientes dados de alta por SCACEST en circunstancias normales podrá volver al trabajo a partir del segundo mes.  
Actividad sexual: Salvo contraindicación es posible reanudar ésta actividad a partir de la segunda semana.  
Conducción de automóviles: Por ley, los primeros tres meses tras un infarto agudo de miocardio no podrán obtener ni renovar el permiso de conducción, ni deberá conducir. Si tiene un permiso profesional deberá realizarse antes una prueba de esfuerzo.

Contenidos	Observaciones
<p><b>4. Calendario de visitas</b></p>	<p>Indicar si el paciente va a realizar programa de rehabilitación cardiaca.</p> <p>Indicarla fecha de la primera visita al cardiólogo tras el alta hospitalaria.</p> <p>Indicar la primera visita tras el alta con el médico de Atención Primaria, y si se requiere un seguimiento más estrecho del habitual con el paciente, señalando los motivos y explicando los objetivos de dichas visitas.</p> <p>Si existe indicación de exploración diagnóstica o intervencionismo de la unidad de hemodinámica, o de revascularización quirúrgica, se debe programar (fecha de intervención e instrucciones).</p>
<p><b>5. Apoyos de información al paciente y cuidador</b></p>	<p><a href="http://www.fundaciondelcorazon.com">http://www.fundaciondelcorazon.com</a>  <a href="http://www.mimocardio.org">http://www.mimocardio.org</a>  Pág. Web de la unidad de cardiología (si disponible)  Asociaciones de autoayuda</p>

## SEC-PRIMARIA. Proceso Síndrome Coronario Agudo

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

**ANEXO: La CIE-10-MC contempla los siguientes diagnósticos principales al alta en procesos de SCA**

Código	Descriptivo
I20	Angina de pecho
I20.0	Angina inestable
I20.1	Angina de pecho con espasmo documentado
I20.8	Otras formas de angina de pecho
I20.9	Angina de pecho, no especificada
I21	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) y sin elevación de ST (IAMSEST)
I21.0	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) de cara anterior
I21.01	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de tronco coronario
I21.02	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de arteria coronaria descendente anterior
I21.09	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de la cara anterior
I21.1	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de cara inferior
I21.11	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de arteria coronaria derecha
I21.19	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de cara inferior
I21.2	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de otra localización
I21.21	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de la arteria coronaria circunfleja
I21.29	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de otra localización
I21.3	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de localización no especificada
I21.4	Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)
I24	Otras enfermedades isquémicas agudas cardíacas
I24.0	Trombosis coronaria aguda que no produce infarto de miocardio
I24.1	Síndrome de Dressler
I24.8	Otras formas de enfermedad isquémica aguda cardíaca
I24.9	Enfermedad isquémica aguda cardíaca no especificada