



## SEC- PRIMARIA

### **Proceso Síndrome Coronario Agudo**

25 de abril de 2017

## **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.

## Índice

1. Proceso SEC-AP Síndrome Coronario Agudo .....	5
2. Contenidos mínimos del Informe de Alta de un paciente ingresado por SCA.....	6
3. Ruta asistencial del paciente con SCA.....	10
3.1. Objetivos .....	10
3.2. Ruta asistencial SCA .....	10
3.2.1. Entrada al proceso .....	10
3.2.2. Ruta asistencial tras el alta hospitalaria por SCA.....	11
3.2.3. Estándares .....	14
3.3. Difusión del conocimiento. Actuación en el SCA. Población general.....	14
4. Formación .....	15
4.1. Estrategias de formación .....	15
4.2. Objetivos y contenidos de la formación.....	17
Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial.....	18
Referencias.....	19

### *Tablas*

Tabla 1. Medidas de desempeño en pacientes con SCA (ESC) relacionadas con el informe de alta .....	7
Tabla 2. Estándares e indicadores de la ruta asistencial SCA.....	14

### *Figuras*

Figura 1. Seguimiento de los pacientes tras un evento coronario agudo.....	13
Figura 2. Actividades de formación .....	16
Anexo 1. Figura 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial.....	18

### **Comité SEC-AP-Síndrome Coronario Agudo**

- **Coordinador SEC-Primaria:** Dr. Rafael Hidalgo Urbano. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla.
- **Coordinadores del Proceso:**
  - Domingo Marzal Martín. Jefe de Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario de Mérida.
  - Juan Cosin Sales. Jefe de Sección de Cardiología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia
- **Miembros del grupo de trabajo:**
  - Carlos Brotons. Equipo de Atención Primaria. Sardenya. Barcelona
  - Carlos Escobar. Hospital Universitario La Paz. Madrid
  - Mariano de la Figuera. Centro de Atención Primaria. Sardenya. Barcelona
  - José María Lobos. Centro de Salud Jazmín. Madrid
  - Vicente Pallarés. Unión de Mutuas. Castellón
  - Juan Carlos Obaya Rebollar. Centro de Salud la Chopera. Alcobendas. Madrid.  
Coordinador Atención Primaria
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.

## **1. Proceso SEC-AP Síndrome Coronario Agudo**

El Proceso SEC-AP Síndrome Coronario Agudo (SCA), está integrado por tres instrumentos de gestión clínica:

- Contenidos mínimos del Informe de Alta de un paciente ingresado por SCA.
- Ruta asistencial del paciente con SCA.
- Contenidos formativos del proceso SEC-AP\_SCA.

El contenido de este proceso ha sido conciliado con el proceso SEC-Excelente Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST) y el proceso SEC-Excelente Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST (SCASEST). A efectos de los materiales necesarios para el desarrollo del proyecto SEC-AP\_SCA el grupo de trabajo ha considerado oportuno unificar ambos los procesos SCACEST y SCASEST. Asimismo, tanto los contenidos del informe de alta como la ruta asistencial elaborada son tributarios de los desarrollados por los Dres. Juan Carlos Obaya Rebollar, Ángel Castellanos Rodríguez y Héctor Bueno para los procesos asistenciales compartidos entre atención primaria y cardiología<sup>1</sup>.

## 2. Contenidos mínimos del Informe de Alta de un paciente ingresado por SCA

El informe de alta es clave para garantizar una adecuada continuidad asistencial entre el cardiólogo y el médico de Atención Primaria (AP). Esto es todavía más importante, si cabe, tras una descompensación cardiaca aguda, como es el caso de un ingreso por SCA.

El informe de alta debe exponer de una manera clara y concisa aquellos aspectos más relevantes que hayan ocurrido durante el ingreso, así como destacar aquellos elementos que ayuden a comprender la gravedad de la enfermedad que padece el paciente y la actitud concreta que se debe tomar con el mismo, tanto desde el punto de vista del cardiólogo como del médico de Atención Primaria.

El informe de alta debe cumplir con la normativa establecida por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Se recomienda que para la elaboración del informe de alta médica se sigan las recomendaciones del consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas<sup>2</sup>.

La disponibilidad de informes de alta prediseñados para los procesos más frecuentes, como el SCA, permite elaborar un check-list de los aspectos que necesariamente deben ser contemplados<sup>(1)</sup>. **En el informe de alta del SCA se debe incluir:**

- **Diagnósticos del paciente:** se evitarán abreviaturas, y en caso de que haya, en algún momento del informe deberán definirse. Como información más relevante, se debería incluir:
  - 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.
  - Fracción de eyección de ventrículo izquierdo.
  - Complicaciones ocurridas durante el ingreso.
  - Factores de riesgo cardiovascular.
  - Comorbilidades que se consideren relevantes.
  - Indicar clase funcional del paciente (tanto para la angina como para la disnea).
- **Tratamientos del paciente:**
  - 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.

---

<sup>(1)</sup> Se elaborará un Informe de Alta estándar para pacientes con SCA.

- 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).
- En todo paciente dado de alta hospitalaria por SCA se deben considerar las siguientes indicaciones terapéuticas, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa<sup>3</sup>:

**Tabla 1. Medidas de desempeño en pacientes con SCA (ESC) relacionadas con el informe de alta<sup>3</sup>**

• Uso de ácido acetilsalicílico al inicio del proceso
• Uso de ácido acetilsalicílico al alta
• Uso de clopidogrel/prasugrel/ticagrelor al alta
• Uso de heparina no fraccionada/enoxaparin/fondaparinux/bivalirudin al alta
• Uso de $\beta$ -Bloqueantes al alta en pacientes con disfunción ventricular izquierda
• Uso de estatinas al alta
• Uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o de bloqueantes de los receptores de angiotensina en los pacientes con disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca, hipertensión o diabetes
• Consejo antitabáquico
• Incorporación a un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca

▪ **Se establecerán unos objetivos terapéuticos específicos:**

- **Dieta:**
  - ✓ Se indicará la ingesta calórica total recomendada.
  - ✓ Se recomendará la dieta cardiosaludable, que 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).
    - Su índice de masa corporal (IMC) deber ser inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>.
- **Actividad física: en general:**
  - ✓ Ejercicio físico regular:
  - ✓ Empezar de forma progresiva.
  - ✓ Al menos 30 minutos diarios o 3km al día con intensidad moderada.
  - ✓ Recomendaciones individuales según el paciente.

- Hábito tabáquico:
  - ✓ Abstención absoluta.
  - ✓ Señalar si se requiere alguna consideración especial.
- 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. Establecer objetivos de tratamiento:
  - ✓ En general <140/90 mmHg.
  - ✓ Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente.
  - ✓ Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial (fármacos a titular/añadir).
- Frecuencia cardiaca:
  - ✓ En general <70 lpm.
  - ✓ Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente.
  - ✓ Recomendaciones específicas en caso de frecuencia cardiaca elevada (fármacos a titular/añadir).
- Lípidos:
  - ✓ En general colesterol LDL <70 mg/dL.
  - ✓ Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia (estatina ± ezetimiba ± inhibidores PCSK9).
- Diabetes:
  - ✓ Mantener la hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7,0%.
  - ✓ Realizar recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento en caso necesario.
- Señalar duración completa de la 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.
  - ✓ Indicar si se debe modificar la duración.
- Indicar si se requiere alguna vigilancia especial en cuanto al tratamiento:
  - ✓ Por ejemplo: frecuencia cardiaca con beta bloqueantes; función renal e iones con IECA/ARA II/Antagonista de la aldosterona; transaminasas/CPK con estatinas.
  - ✓ 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.
- Vida socio-laboral:
  - ✓ Indicar, si no hay novedades, cuándo podría el paciente reincorporarse a la vida laboral. 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.
- **Calendario de visitas**
  - ✓ Indicar si el paciente va a realizar programa de rehabilitación cardiaca.
  - ✓ Indicar cuándo va a ser la fecha aproximada de la primera visita al cardiólogo tras el alta hospitalaria.
  - ✓ Indicar cuándo debería ser 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.
  - ✓ Si existe indicación de exploración diagnóstica o intervencionismo de la unidad de hemodinámica, o de revascularización quirúrgica, se debe programar.
- **Finalmente, se indicarán en el informe diferentes páginas web donde el paciente pueda obtener más información si lo considera oportuno (por ejemplo: [www.mimocardio.org](http://www.mimocardio.org) o <http://www.fundaciondelcorazon.com>).**

### 3. Ruta asistencial del paciente con SCA

**Ruta asistencial.** La “ruta asistencial” es un Protocolo/Documento (debe estar formalizado) de actuación ante cualquier proceso asistencial consensuado entre todos los profesionales que atienden al paciente (Cardiología-AP), donde se especifica claramente, que, quien, como, cuando y donde se debe atender a un paciente con ese determinado proceso (en este caso, el SCA) en cada una de las diferentes fases del proceso de su enfermedad con el objetivo de proporcionar la mejor atención en cada punto y por el/los profesionales más adecuados a cada una de sus circunstancias y con la mejor evidencia posible.

#### 3.1. Objetivos

- **Principal.** Mejorar la atención al paciente con un SCA en su tránsito entre Cardiología y AP.
- **Secundarios:**
  - Fomentar el trabajo en equipo entre Cardiología y AP.
  - Integrar la asistencia del paciente con un SCA tendiendo a que sea más ambulatoria/domiciliaria y menos hospitalaria, potenciando el nivel de AP.
  - Elaborar y asumir objetivos comunes transversales entre Cardiología y AP.
  - Consensuar un protocolo/s comunes a ser posible en todo el territorio nacional.
  - Impulsar la relación (telemática) entre AP y cardiología del hospital.
  - Aumentar la capacidad de resolución de consultas.

En el Anexo 1 se exponen los principios generales de elaboración de una ruta asistencial.

#### 3.2. Ruta asistencial SCA

- **SCA:** El término SCA implica un diagnóstico de presunción para cuya confirmación y tipificación se precisan datos clínicos, electrocardiográficos y bioquímicos<sup>4,5</sup>. La presentación clínica es variable, aunque un porcentaje elevado de pacientes presenta dolor torácico; la parada cardíaca por fibrilación ventricular es también una presentación de dicho síndrome. Casi dos tercios de los fallecimientos por SCA suceden en la primera hora del inicio de los síntomas y suele ser una muerte extrahospitalaria.

**Exclusiones:**

- Pacientes con dolor torácico, disnea o síncope por una causa conocida distinta de la cardiopatía isquémica o en situación terminal.

##### 3.2.1. Entrada al proceso

***El paciente con dolor torácico no ingresado en un hospital puede entrar en contacto con el sistema sanitario:***

- a) solicitando asistencia al sistema de emergencia desde el domicilio o lugares públicos.
- b) en centros de atención primaria.
- c) en los servicios hospitalarios o extrahospitalarios de urgencias.

- d) mediante consulta al médico de residencia de ancianos en personas de edad avanzada que están institucionalizadas<sup>(2)</sup>.

En esta fase se debe:

- 1) Realizar una breve historia clínica dirigida y obtener e interpretar un electrocardiograma de 12 derivaciones lo antes posible (idealmente en un tiempo < 10 minutos), en todos los pacientes con sospecha de SCA. Se considera significativa la elevación del ST si:

- Elevación ST  $\geq 1$  mm en dos o más derivaciones contiguas de los miembros o  $\geq 2$  mm en dos derivaciones precordiales. Existencia de BRI no conocido.

Si se confirma el SCACEST, monitorización (control de arritmias y activación del “Código Infarto” (112).

- 2) Si se confirma la sospecha de SCA, monitorización electrocardiográfica continua del paciente con acceso a desfibrilación hasta la llegada al hospital.

3) Los pacientes con dolor torácico indicativo de isquemia o diagnóstico cierto de síndrome coronario agudo deben recibir ácido acetilsalicílico (AAS) y ser trasladados rápidamente al hospital. Se canulará una vía venosa, siempre que esta medida no demore el traslado al hospital. El uso de nitroglicerina, manejo del dolor, oxígeno, antiagregantes y otras medidas se debe protocolizar de conformidad con el protocolo establecido por el Servicio de Salud correspondiente, en concordancia con las guías de práctica clínica aprobadas por la ESC/SEC.

- 4) Explicar a paciente y acompañante el proceso diagnóstico y terapéutico.

### **3.2.2. Ruta asistencial tras el alta hospitalaria por SCA**

AP es fundamental en cuanto a los cuidados posteriores al SCA:

- Seguir las indicaciones del informe de alta, adecuada prevención secundaria (cuidado con la inercia) en aras a mejorar la supervivencia y la calidad de vida, evitando posibles complicaciones.
- Promover una alimentación saludable, con control del peso, abandono absoluto del tabaquismo (no negociable), prescripción y consejo sobre ejercicio físico según indicaciones de la ergometría y plan establecido para la rehabilitación cardíaca.
- Seguimiento y control farmacológico del síndrome coronario como de aquellos factores de riesgo asociados.

Colaboración Médico de AP - Cardiología:

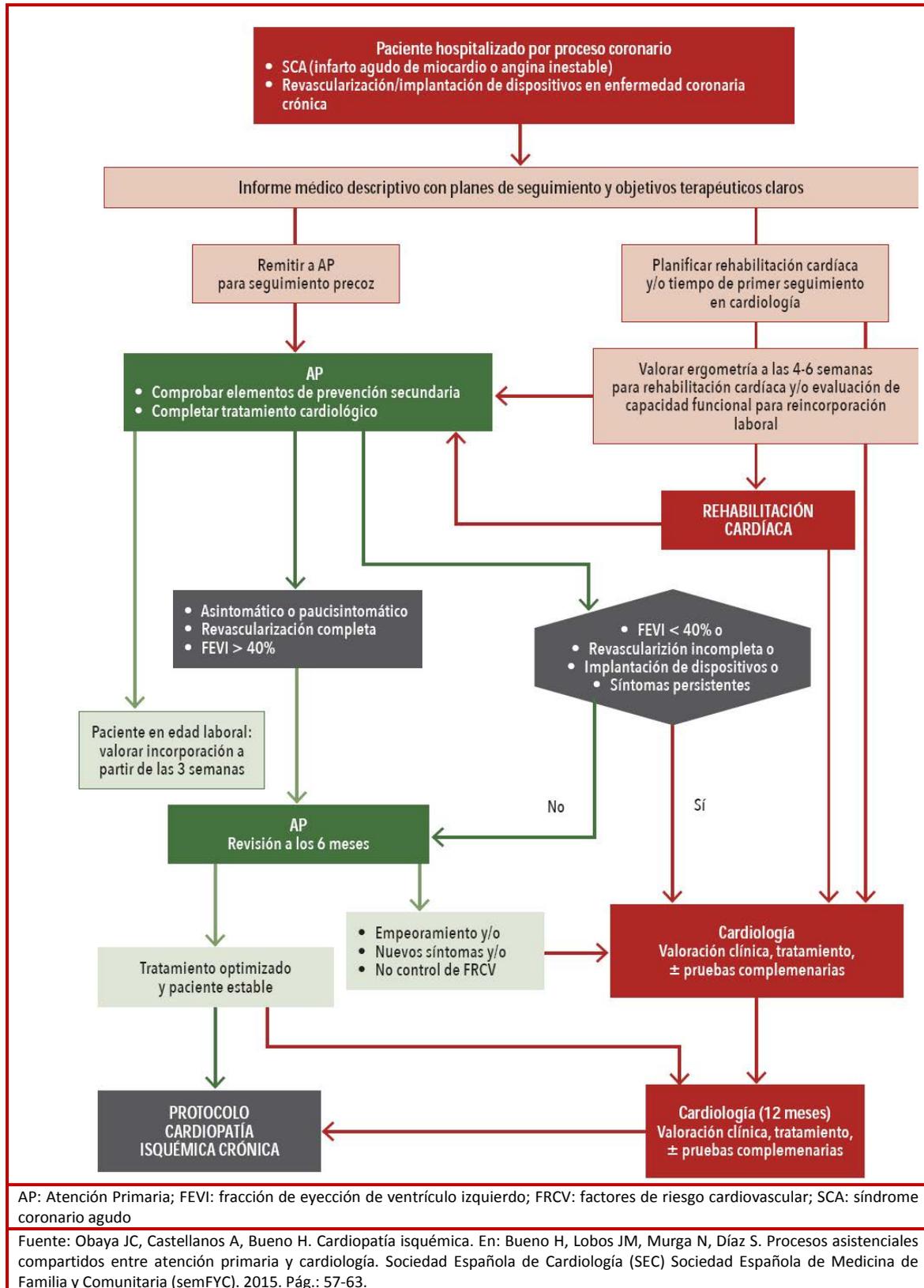
- Establecer entre AP - Cardiología la estrategia de prevención secundaria (móvil directo, aprovechar nuevas tecnologías). Fundamental sesiones conjuntas periódicas en las que se consensue la información básica del informe de alta, así como, la información mínima de los informes de derivación posteriores bidireccionales); establecer indicadores consensuados entre ambos.
- Detección de cambios en el estado clínico y en la evolución de la enfermedad: ¿qué hacer?, ¿cuándo?, ¿cómo hacer?.
- Referir de forma inmediata (< 2 semanas) a cardiología aquellos pacientes con IAM previo y sospecha de IC para ser evaluados por un cardiólogo y realización de ecocardiografía. Idóneamente consulta de alta resolución<sup>6</sup>.

<sup>(2)</sup> No activar en caso de orden de no resucitación.

- Modificar la estrategia terapéutica en función de la evolución clínica: tener establecidas las pautas.
- Potenciar el autocuidado y la adaptación del paciente a su patología.
- Ajustar recomendaciones de prevención secundaria.
- Comprobar la cumplimentación de las recomendaciones terapéuticas.

En la figura 1 se recogen los criterios de seguimiento de un paciente dado de alta tras SCA, elaborados en el documento de Procesos Asistenciales Integrados de la SEC<sup>(1)</sup>.

**Figura 1. Seguimiento de los pacientes tras un evento coronario agudo**



### 3.2.3. Estándares e indicadores

Tabla 2. Estándares e indicadores de la ruta asistencial SCA

ESTÁNDARES
<b>Estructura</b>
Ruta asistencial de SCA. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año).
Debe estar nombrado un responsable del proceso en el ámbito de la unidad de cardiología.
Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención al SCA, integrado, al menos, por un cardiólogo clínico, un representante del servicio de urgencias del hospital y un representante de los médicos de los equipos de atención primaria del ámbito de influencia del hospital.
Los centros de atención primaria y los servicios de urgencia/emergencia médica (incluyendo los centros de coordinación de emergencias) deben disponer de protocolos de manejo del dolor torácico no traumático que garanticen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La realización y valoración por un médico de un ECG de 12 derivaciones en menos de 10' desde el primer contacto médico.</li> <li>- Tratar al paciente con sospecha o diagnóstico cierto de SCA con AAS y tomar una vía venosa.</li> <li>- El traslado inmediato del paciente con sospecha de SCA al hospital de área.</li> </ul>
Debe existir un programa de formación continuada, para todo el equipo multidisciplinar, que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de emergencias y de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal
<b>Proceso</b>
La ruta asistencial debe contemplar la referencia inmediata (< 2 semanas) de aquellos pacientes con IAM previo y sospecha de IC para ser evaluados por un cardiólogo y realización de ecocardiografía. Idóneamente consulta de alta resolución.
<b>Indicadores</b>
Porcentaje de pacientes con ECG de 12 derivaciones disponible en menos de 10 minutos desde el primer contacto médico.
Porcentaje de pacientes con sospecha diagnóstica de SCA a los que se administra ASS.
Tiempo de estancia media hospitalaria del paciente con SCA sin complicaciones.
Porcentaje de pacientes a los que en el informe de alta se les aconseja /orienta sobre la interrupción del consumo de tabaco.
Porcentaje de pacientes con SCA a los que en el informe de alta se les aconseja /orienta sobre los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular.
Porcentaje de pacientes a los que se les ha incluido en un programa de prevención secundaria.
<b>Medicación al alta:</b>
Porcentaje de pacientes con SCA dados de alta con doble antiagregación.
Porcentaje de pacientes dados de alta con estatinas.
Porcentaje de pacientes dados de alta con beta bloqueantes.
Porcentaje de pacientes dados de alta con IECA.

### 3.3. Difusión del conocimiento. Actuación en el SCA. Población general

Con un carácter preventivo debería abordarse la formación de la población general en consejos, conocimiento y actitudes a adoptar ante un paciente con sospecha de SCA. Esta formación debe partir desde el propio Centro de Salud acudiendo a colegios, institutos, asociaciones organizadas, etc..., solicitando la colaboración de las instituciones sanitarias autonómicas/locales, así como de organizaciones sin ánimo de lucro (Fundación Española del Corazón y filiales autonómicas), organizando sesiones de prevención cardiovascular, cursos RCP, ¿cómo debes llamar al 112?, etc.

## **4. Formación<sup>(3)</sup>**

### **4.1. Estrategias de formación**

El propósito de la estrategia de formación es mantener y mejorar la cualificación de los profesionales de la atención primaria en el manejo de los pacientes con SCA y todo el proceso asistencial que conlleva a través de la formación. La estrategia se puede fundamentar en cuatro pilares:

1. Difusión
2. Actividades presenciales
3. Actividades a través de la web
4. Evaluación

#### ▪ **Difusión**

La edición e impresión del documento se difundirá a todos los socios a través del correo electrónico y de la web de la semFYC. Esto permitirá hacer un envío masivo a bajo coste y que los profesionales interesados tengan un fácil acceso. También se puede elaborar un díptico/tríptico de fácil impresión para su utilización práctica en la consulta. Actualmente también se pueden utilizar para la difusión del documento las nuevas tecnologías como las APPs para dispositivos móviles. Esta aplicación tendría como objetivo fundamental guiar al médico de Atención Primaria en el proceso diagnóstico y terapéutico del SCA.

#### ▪ **Actividades presenciales**

Esta actividad tiene como objetivo organizar sesiones clínicas y talleres sobre el proceso asistencial SCA en el propio centro de salud, facilitando el reconocimiento a los profesionales docentes a través de tiempos propios de docencia, objetivos específicos en los contratos de gestión, valoración en la carrera profesional y apoyo en equipamiento.

Este tipo de sesiones presenciales tienen la ventaja de poder generar debate y discusión entre los propios profesionales, lo que sin duda, enriquece la formación. Y además, discutir el proceso con los cardiólogos consultores extrahospitalarios en sus visitas periódicas a los centros de salud.

#### ▪ **Actividades de formación online**

Este tipo de actividades pretende fomentar la formación “online”, sobre todo dirigida a los profesionales que trabajan en centros más aislados o para aquellos centros de salud con dificultades para organizar actividades presenciales.

---

<sup>(3)</sup> Con la colaboración de Carlos Brotons. Equipo de Atención Primaria. Sardenya. Barcelona

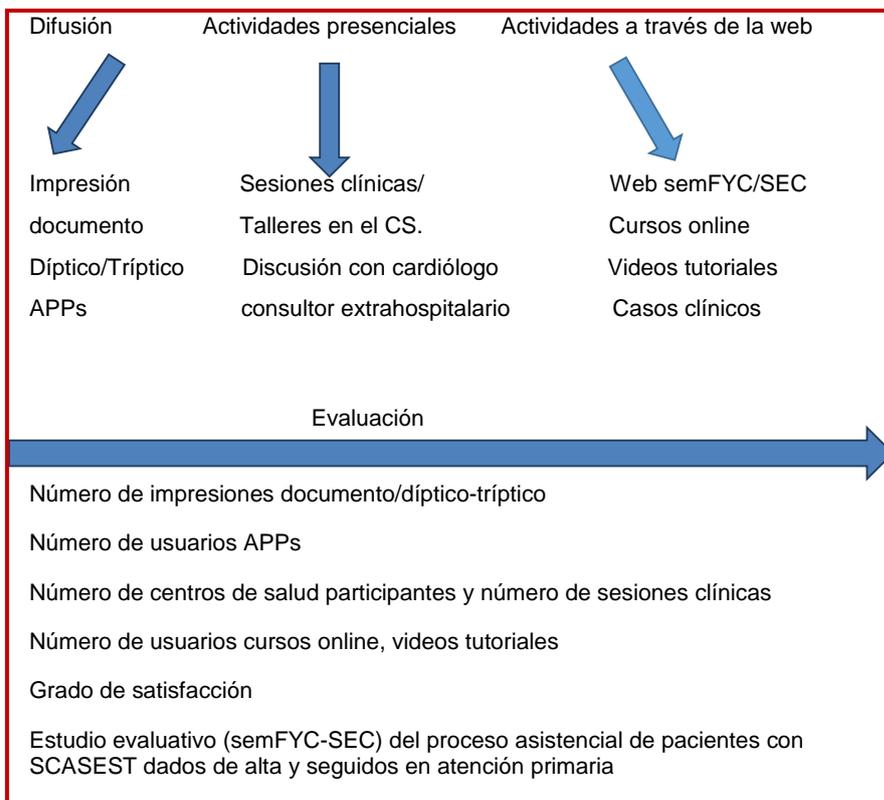
Tanto a través del campus virtual de la web de la semFYC o con un link a la web de la SEC se puede crear una comunidad online con las personas que acceden a los contenidos, por lo que permiten que pueda haber interacción entre los médicos interesados en su formación y los responsables de la elaboración de los contenidos del proceso. Además, se pueden ofrecer cursos online con videos tutoriales y casos prácticos reales.

Esta actividad permitirá también evaluar online el grado de satisfacción del profesional con los cursos online.

▪ **Evaluación**

Esta actividad pretende evaluar el impacto que ha tenido la difusión y la formación del proceso asistencial SCA. Para ello se cuantificará el número de envíos por email que se hacen desde semFYC, la utilización de las APPs, el número de sesiones clínicas presenciales que se organizan en los centros, la utilización de la web para la formación online, o el grado de satisfacción. También es de máximo interés promover estudios de evaluación del impacto de la formación sobre la mejora de la práctica clínica del SCA. Para ello se puede impulsar desde la semFYC y desde la SEC un estudio colaborativo médicos de atención primaria-cardiólogos para evaluar el proceso asistencial en pacientes reales dados de alta con SCA de los hospitales y atendidos en los centros de salud.

**Figura 2. Actividades de formación**



#### 4.2. Objetivos y contenidos de la formación

- **Objetivos:**
  - Dar difusión a los contenidos de SEC Excelente, los informes de alta y rutas asistenciales.
  - Impulsar el trabajo conjunto cardio-AP.
- **Contenidos/Guión<sup>(4)</sup>:**
  - Aspectos epidemiológicos del SCACEST.
  - Aspectos fisiopatológicos.
  - Aspectos clínicos: formas de presentación. Diagnóstico del paciente con dolor torácico.
  - Tratamiento pre-hospitalario, “Código Infarto”.
  - Tratamiento hospitalario.
  - Prevención secundaria ambulatoria.
  - Seguimiento compartido entre Cardiología y Atención Primaria.
- **Metodología de Formación:**
  - Difusión del documento en forma de Vídeos/ materiales formativos en presentaciones Power Point<sup>(4)</sup>.
  - Formación On-line a través de casos clínicos.
  - Webinars con la participación de Cardiólogos y Médicos de Atención Primaria, como docentes y alumnos.
- **Implementación**
  - Finalizar contenidos SEC Excelente
  - Desarrollo de cursos: indicadores, rutas asistenciales y formación clínica básica para AP
  - Implementación mixta vía pequeñas reuniones y plataforma online para SEC Primaria
- **Fuentes de información:**
  - Guías de la ESC/SEC
  - Documento: “Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo” dirigido por el Dr. Domingo Marzal et al.  
  
(<http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/proceso-asistencial-simplificado-del-sindrome-coronario-agudo.pdf>)
  - Documento “Gestión de Pacientes Ambulatorios en Cardiología” de la SEC, semFyC, SEMERGEN y SEMG.  
  
[http://www.comsor.es/pdf/formacion/Seccion%2001/gestion\\_pacientes\\_ambulatorios\\_en\\_cardiologia.pdf](http://www.comsor.es/pdf/formacion/Seccion%2001/gestion_pacientes_ambulatorios_en_cardiologia.pdf)

---

<sup>(4)</sup> Sería aconsejable que el grupo de trabajo elaborara un conjunto no mayor de 10 diapositivas en Power Point con el contenido señalado.

## Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

Anexo 1. Figura 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

RUTA ASISTENCIAL	
PRINCIPIOS	CARACTERÍSTICAS
1.- Centrado en el paciente 2.- Implicación de Cardiología y AP (todos) 3.- Sustentada en la mejor práctica clínica 4.- Garantizar la continuidad de la atención	1.- Sencilla 2.- Flexible y modificable 3.- Adaptada a las condiciones locales 4.- Debe definir claramente las condiciones de derivación (bidireccional) 5.- Debe establecer responsables

### Proceso de elaboración de la ruta asistencial

- 1.- Partiendo de la ruta elaborada en el proyecto SEC-AP, elaboración de la ruta asistencial adaptada a cada hospital/área de salud, con la participación de todos los agentes implicados.
- 2.- Nombrar a un responsable de gestión de la ruta asistencial y un grupo de trabajo responsable de su actualización, en el que estén representados los agentes más relevantes implicados.
- 3.- Utilizar los indicadores de evaluación de la ruta y, en su caso, añadir los que se consideren relevantes en el ámbito local (se recomienda la utilización de un conjunto reducido de indicadores, lo más próximos posibles a indicadores de resultados).
- 4.- Adaptar el sistema de información local para hacer posible la elaboración y seguimiento de los indicadores de desempeño.
- 5.- Difusión de la ruta entre todos los cardiólogos y médicos de AP y el resto agentes implicados.
- 6.- Evaluación, seguimiento y actualizaciones de la ruta. Se debe establecer un plazo para su revisión periódica (una vez al año, como mínimo, y siempre que exista una modificación relevante en el manejo de la condición -guías de práctica clínica de la ESC/SEC-).
- 7.- Formación específica a todos los agentes implicados.

## Referencias

---

**1** Obaya JC, Castellanos A, Bueno H. Cardiopatía isquémica. En: Bueno H, Lobos JM, Murga N, Díaz S. Procesos asistenciales compartidos entre atención primaria y cardiología. Sociedad Española de Cardiología (SEC) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). 2015. Pág.: 57-63.

**2** Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc). 2010; 134:505-10.

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consenso-elaboracion-del-informe-alta-13149573>

**3** Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2016;37:267-315.

**4** Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de octubre de 2009. MSPS. 2009.

**5** Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011;32:2999-3054.

Consultado el 20.10.14, en <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/32/23/2999.full.pdf>

**6** Andrea R, Falces C, Sanchis L, Sitges M, Heras M, Brugada J. Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o reducida mediante una consulta de alta resolución. Aten Primaria. 2013;45(4):184-192.