



# 5

## Componentes

### Profesionales, actividades, características de calidad

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en el PAI RIESGO VASCULAR, se describen en función de la actividad a realizar en cada fase del mismo, teniendo en cuenta el recorrido del paciente.

Al describir las actividades se han considerado e integrado todos los elementos y dimensiones de la calidad:

- La efectividad clínica (recomendaciones que se explicitan en características de calidad de las actividades descritas).
- La seguridad del paciente, identificando con el triángulo ( $\Delta$ ) los puntos críticos del PAI con riesgo potencial para la seguridad del paciente.
- La información, identificando con (**i**) los momentos en el desarrollo del PAI que se debe informar al paciente y/o familia.
- Los cuidados de enfermería.
- Las actividades no clínicas.
- Las recomendaciones del grupo de expertos  $\checkmark$ .

El procedimiento seguido para su realización ha sido definiendo QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO, de manera secuencial y temporal siguiendo el recorrido del paciente.

## PROFESIONALES DE CUALQUIER PUNTO DE ATENCIÓN SANITARIA DEL SSPA

Actividades	Características de calidad
<b>1º</b> <b>ATENCIÓN SANITARIA</b>	<p><b>1.1</b> Las personas que demanden atención sanitaria por cualquier motivo en las que se detecte por primera vez, de forma oportuna o casual, la presencia de uno o más FRV, serán derivadas a su equipo básico de atención primaria (EBAP) para confirmación y seguimiento.</p> <p><b>1.2</b> Se garantizará la transmisión de la información clínica entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación (AP-AH), para asegurar la continuidad asistencial<sup>10</sup> <b>Δ<sup>24-ESP</sup></b>.</p>

## SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC). PROFESIONALES DE AP

Actividades	Características de calidad
<b>2º</b> <b>RECEPCIÓN DE LA PERSONA</b>	<p><b>2.1</b> Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante la utilización de tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA <sup>11,14</sup> <b>Δ<sup>2-OMS 12-ESP</sup></b>.</p> <p><b>2.2</b> <b>i</b> Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p>

## PERSONAL MÉDICO/ENFERMERÍA AP

Actividades	Características de calidad
<b>3º</b> <b>CATEGORIZACIÓN DEL NIVEL DE PREVENCIÓN</b>	<p><b>3.1</b> Se verificara la identificación inequívoca de la persona <b>Δ<sup>2-OMS 12-ESP</sup></b>.</p> <p><b>3.2</b> Se realizará anamnesis y registro de antecedentes personales de EV conocida y documentada, asignándose a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prevención Primaria, si no se identifica EV previa.</li><li>• Prevención Secundaria, si se identifica EV previa.</li></ul>

## PERSONAL MÉDICO/ENFERMERÍA AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>4º</b></p> <p><b>DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO</b></p>	<p><b>4.1</b> Se llevará a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes.  <b>9 OMS 17ESP</b></p> <p><b>4.2</b> Anamnesis sobre antecedentes de FRV (Anexo 2). Registro en Hª de Salud de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• EV precoz (antes de los 55 años en hombres o antes de los 65 años en mujeres) en los familiares de primer grado (padres o hermanos)<sup>12</sup>.</li><li>• Hábito tabáquico y clasificación<sup>13</sup>.</li><li>• Antecedentes personales de Hipertensión Arterial (HTA) (diagnóstico previo o tratamiento farmacológico actual con antihipertensivos)<sup>14</sup>.</li><li>• Antecedentes personales de Diabetes Mellitus (DM) (diagnóstico previo o tratamiento actual con insulina y/o antidiabéticos orales)<sup>15</sup>.</li><li>• Antecedentes personales de Dislipemia (DL) (diagnóstico previo o tratamiento actual con hipolipemiantes)<sup>16</sup>.</li><li>• Antecedentes personales de Obesidad (diagnóstico previo a partir del índice de masa corporal (IMC) o del perímetro abdominal)<sup>17</sup>.</li></ul>
<p><b>CRIBADO</b></p>	<p><b>4.3</b> Cribado de FR</p> <p>En función de los antecedentes se completará el despistaje de los FRV, registrándose en la Historia de Salud. Previamente es necesario conocer, en las personas sin antecedentes, la situación de cribado de los FRV según las recomendaciones establecidas (Anexo 2):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hábito tabáquico y clasificación<sup>17</sup>.</li><li>• Peso y talla<sup>21</sup>.</li><li>• Perímetro abdominal (PC) (cm)<sup>21</sup>.</li><li>• Presión arterial (PA) (mmHg): valor medio de dos tomas realizadas con metodología correcta y con un intervalo mínimo entre ambas de 2 minutos<sup>16</sup>.</li><li>• Solicitar la determinación de glucemia basal y lípidos plasmáticos.</li></ul> <p><b>4.4</b>  Se informará de forma clara y precisa de las pruebas diagnósticas solicitadas y los procedimientos: condiciones de preparación previas, el lugar para la toma de muestras, etc. con actitud facilitadora respondiendo a sus demandas de información y expectativas.</p>

## PERSONAL DE LABORATORIOS CLÍNICOS

Actividades	Características de calidad
<p>5°</p> <p><b>TOMA DE MUESTRAS ANALÍTICAS</b></p>	<p><b>5.1</b> Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona <math>\Delta^{2-OMS}</math> <b>12-ESP</b> comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la identidad del paciente.</p> <p><b>5.2</b> Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes antes y después de la realización de pruebas diagnósticas y extracción de muestras al paciente.  <b>9 OMS 17ESP</b></p> <p><b>5.3</b> Existirá y se aplicará un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) que garantice la seguridad, el confort y la intimidad del paciente en la toma de muestras, el procesado y gestión de los resultados del estudio.</p> <p><b>5.4</b> Se informará de forma clara y precisa a la persona de los procedimientos, tiempos para la recepción de resultados del estudio, etc. con actitud facilitadora, respondiendo a sus demandas de información y expectativas.</p>

## PERSONAL MÉDICO/ENFERMERÍA AP

Actividades	Características de calidad
<p>6°</p> <p><b>CONFIRMACIÓN</b></p> <p><b>VALORACIÓN DIAGNÓSTICA</b></p> <p><b>ESTIMACIÓN DEL RIESGO VASCULAR</b></p>	<p><b>6.1</b> En función de los FRV detectados, se procederá a realizar la <b>confirmación diagnóstica</b> de cifras elevadas de PA, glucemia o lípidos, según criterios establecidos (Anexo 2).</p> <p><b>6.2</b> Se realizará la valoración diagnóstica con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias</b> dirigidas, en función de los FRV que estén presentes (Anexo 2).</li><li>• Se completará el diagnóstico de HTA, DM o DL con la <b>clasificación etiopatogénica</b> (primaria/secundaria en HTA y DL, tipo 1/tipo 2 en DM). En la HTA, también se clasificará según la gravedad, repercusión visceral y, si se mide la PA ambulatoria, su concordancia con las de consulta.</li><li>• La mayor parte de los pacientes con HTA, DM2, DL y obesidad pueden ser estudiados en las consultas de AP. En determinadas situaciones es recomendable su valoración por la AH (Anexo 2).</li></ul> <p><b>6.3</b> Cuando esté indicado (nivel de prevención y resultado de la detección y confirmación de FRV), se calculará el <b>RV absoluto</b> a los 10 años por un método <b>cuantitativo</b>, y se registrará en la Historia de Salud. Se recomienda utilizar el modelo de riesgo del</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>proyecto SCORE para países de bajo riesgo (Anexo 3)<sup>4,7,8</sup>. En el caso de personas con diabetes se recomienda obtener una aproximación al riesgo real multiplicando el RV obtenido por dos en los hombres y por cuatro en las mujeres (grado de recomendación D)<sup>7-8</sup>.</p> <p><b>6.4</b> Cada persona se asignará a una de las siguientes categorías, que se registrarán en la Historia de Salud<sup>7,8</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención <b>Secundaria</b>: los individuos con EV se asignarán siempre a la categoría de RV alto.</li> <li>• Prevención <b>Primaria con RV alto</b> (RV ≥ 5%): entran directamente en esta categoría, sin necesidad de cuantificación, los individuos con alguna de las siguientes patologías (grado de recomendación D)<sup>7,8</sup>. <ul style="list-style-type: none"> <li>- DM de larga evolución (más de 15 años) o con nefropatía (micro o macroalbuminuria).</li> <li>- DL familiares aterogénicas (hipercolesterolemia familiar, disbetalipoproteinemia, hiperlipemia familiar combinada).</li> <li>- HTA en estadio 3 (PA ≥ 180/100 mm Hg) o con afectación de órganos diana.</li> </ul> </li> <li>• Prevención <b>Primaria con RV bajo</b> (RV &lt; 5%).</li> <li>• Prevención <b>Primaria en Situación Óptima</b> (ningún FRV modificable): se asignará directamente a la categoría de Situación Óptima, sin necesidad de cuantificación, si no hay ningún FRV presente<sup>4</sup>.</li> </ul>
<p><b>7°</b></p> <p><b>ESTIMACIÓN DEL ESTADIO DE CAMBIO</b></p>	<p><b>7.1</b> Se determinará el estadio de cambio en toda persona incluida en el PAI, independientemente del nivel de prevención y antes de recibir la intervención, utilizando el enfoque transteórico de Prochaska y Di Clemente<sup>18,19</sup>, (Anexo 4) (grado de recomendación C).</p> <p><b>7.2</b> No es necesario estimar el estadio de cambio en las personas en situación óptima.</p>
<p><b>8°</b></p> <p><b>INTERVENCIONES PREVENTIVAS (IP)</b></p>	<p><b>8.1</b> En el proceso de intervención se utilizará la entrevista motivacional<sup>20,21</sup>, (Anexo 4) (grado de recomendación B).</p> <p><b>8.2</b> <b>i</b> Se informará y acordará con la persona la modalidad de intervención que mejor se adapte a su situación de riesgo y estadio motivacional (Anexo 5). Mientras que las personas en situación óptima recibirán refuerzo positivo para el mantenimiento del estilo de vida, la intervención en los pacientes en prevención secundaria debe ser intensiva.</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>8.1</b></p> <p><b>INTERVENCIONES PREVENTIVAS GENERALES (IPG) PARA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA</b></p>	<p>Las intervenciones dirigidas a la <b>modificación del estilo de vida</b> constituyen la base fundamental del tratamiento en prevención vascular. Son tan importantes como las medidas farmacológicas y, en muchos casos con efectividad superior, mejorando el control de los FRV y la morbilidad y mortalidad vascular, por lo que deben recomendarse y mantenerse en todos los pacientes (de forma especial en mujeres), con independencia de que reciban o no tratamiento farmacológico<sup>7</sup>.</p>
<p>8.1.1</p> <p>INTERVENCIÓN MÍNIMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>intervención mínima</b> irá dirigida a personas en fase precontemplativa, independientemente del nivel de riesgo<sup>22,23</sup>, (grado de recomendación A) y como refuerzo a la situación óptima. Esta intervención comprenderá al menos los siguientes contenidos, que se entregarán preferentemente por escrito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación sobre el <b>abandono del tabaco</b>.</li> <li>• Estimular la práctica de actividad física.</li> <li>• Fomentar una alimentación dirigida a lograr un equilibrio calórico y de nutrientes y conseguir un peso normal, potenciando el seguimiento de la dieta mediterránea.</li> <li>• Disminuir la ingesta de sodio en la dieta.</li> <li>• Consumo de alcohol: en personas que consumen habitualmente alcohol, la ingesta no debe superar en ningún caso los 20 g/día en mujeres o los 40 g/día en hombres.</li> </ul> </li> </ul>
<p>8.1.2</p> <p>INTERVENCIÓN BÁSICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>intervención básica</b> irá dirigida a todas las personas en fase contemplativa y preparados para la acción (grado de recomendación A)<sup>22,23</sup> (Anexo 5). Los contenidos de esta intervención son los mismos que los de la intervención mínima, pero se realizarán de manera individualizada en consulta, con el apoyo de la entrevista motivacional.</li> </ul>
<p>8.1.3</p> <p>INTERVENCIÓN INTENSIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>intervención intensiva</b> irá dirigida a todas las personas en fase de acción. Esta intervención se realizará siguiendo las recomendaciones de la “Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria” de la Consejería de Salud<sup>24</sup>, complementándola con el contenido del Anexo 6. Se valorará realizar la intervención de forma individual o grupal (prioritariamente), manteniendo en este caso la estructura de sesiones.</li> </ul>
<p>8.1.4</p> <p>VALORACIÓN FOCALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizará valoración focalizada en las personas en estadio de acción, independientemente de su nivel de RV. Esta valoración</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>8.1.5 PLAN DE ACTUACIÓN</p>	<p>debe contener al menos el análisis de las siguientes necesidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alimentación e hidratación</li> <li>• movimiento y actividad</li> <li>• seguridad</li> <li>• aprendizaje</li> <li>• creencias y valores</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En las personas catalogadas en estadios de cambio contemplativo, preparado para la acción y acción, independientemente de su nivel de RV, se elaborará una valoración focalizada y un plan de cuidados individualizado. Con el plan, estas personas serán capaces de “eliminar o reducir las amenazas para su salud cardiovascular” (NOC 1914: Control del riesgo: salud cardiovascular) (Anexo 5).</li> <li>• Los objetivos individuales se pactarán con el paciente.</li> </ul>
<p>8.1.6 INTERVENCIONES DE ESPECIAL RELEVANCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las <b>intervenciones de relevancia</b> deben recomendarse con especial énfasis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En pacientes que han sufrido un episodio coronario<sup>25</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandono del tabaco (grado de recomendación B).</li> <li>- Realización de ejercicio físico (grado de recomendación A).</li> <li>- Especialmente la rehabilitación cardiaca<sup>26</sup> (grado de recomendación A).</li> <li>- En los pacientes que consumen habitualmente alcohol, es de especial importancia la moderación del consumo (grado de recomendación B).</li> <li>- En los pacientes con sobrepeso u obesidad es igualmente importante conseguir una reducción de peso (grado de recomendación B).</li> </ul> </li> <li>• En pacientes con ictus: el control estricto de la PA, el abandono del alcohol y de otras drogas<sup>27,28</sup>, (grado de recomendación D).</li> <li>• En pacientes con enfermedad arterial periférica, el abandono del tabaco<sup>29</sup> (grado de recomendación D).</li> <li>• El consejo sobre actividad física, en caso de <b>cardiopatía isquémica</b>, se basará en un diagnóstico clínico exhaustivo, incluyendo los resultados de una prueba de esfuerzo<sup>29</sup> (grado de recomendación A).</li> </ul> </li> <li>• <b>i</b> Se informará al paciente y/o su familia de forma detallada, clara y concisa del plan terapéutico a realizar, en un entorno de privacidad y confidencialidad, con actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativas.</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>8.2</b> <b>INTERVENCIONES PREVENTIVAS ESPECÍFICAS (IPE) POR FACTORES DE RIESGO</b></p>	<p>Los objetivos de intervención y seguimiento estarán en función del nivel de prevención (primaria/secundaria) y de la estratificación del RV (alto/bajo) (Anexo 5).</p> <p>En los pacientes con indicación de tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar el uso seguro de la medicación, previniendo los errores en el proceso de prescripción, conservación y administración de medicamentos. Con especial atención en pacientes polimedicados y pluripatológicos<sup>14</sup> <math>\Delta</math><sup>16-ESP</sup>.</li> <li>• Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales. Actualizar la lista de medicación al redactar nuevas órdenes<sup>15</sup> <math>\Delta</math><sup>6-OMS</sup>.</li> </ul> <p>Las intervenciones específicas aquí descritas nunca deben sustituir las intervenciones generales del apartado anterior.</p>
<p>8.2.1 TABAQUISMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se seguirán las recomendaciones establecidas en el PAI Atención a Personas Fumadoras<sup>17</sup> (Anexo 5)</li> </ul>
<p>8.2.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento antihipertensivo debe ser individualizado, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente (Anexo 5).</li> <li>• Entre los consejos sobre dieta, es especialmente importante la restricción del consumo de sal sódica<sup>29</sup> (grado de recomendación A), fomentando el consumo habitual de alimentos ricos en potasio. No existe evidencia a favor de los suplementos de sales potásicas en la dieta<sup>30</sup>.</li> <li>• En los pacientes con RV bajo e HTA grado I y II<sup>35</sup> (grado de recomendación A) se valorará el inicio de fármacos cuando tras un periodo de tratamiento no farmacológico (modificación de estilos de vida) no se consigan los objetivos de PA.</li> <li>• Se ofrecerá tratamiento farmacológico a<sup>35</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes en prevención secundaria o con RV alto y PA &gt;140/90 mmHg (grado de recomendación A).</li> <li>- Pacientes con RV bajo e HTA grado III.</li> </ul> </li> <li>• Los fármacos de primera elección son las tiazidas, los IECA y los antagonistas del calcio<sup>32</sup> (grado de recomendación A). Por su relación coste-efectividad, los diuréticos tiazídicos a dosis bajas (equivalentes a hidroclorotiazida 12,5-25 mg/día o clortalidona 50 mg/</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>8.2.3 DISLIPEMIAS</p>	<p>día) deberían ser los de elección, salvo que existan otras razones justificadas. Los beta-bloqueantes adrenérgicos no se consideran de primera elección (grado de recomendación B), salvo indicación expresa<sup>33</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>i</b> Se informará al paciente y/o su familia de forma detallada, clara y concisa del plan terapéutico a realizar, los posibles efectos secundarios de la medicación y la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico con actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativas (Anexo 5).</li> <li>• Los ajustes terapéuticos que se precisen se harán con un intervalo mínimo de 3-4 semanas hasta conseguir el control de la PA, excepto si se necesita reducirla de forma más rápida<sup>33</sup> (grado de recomendación D).</li> <li>• En todas las personas se aplicarán intervenciones dirigidas a las modificaciones del estilo de vida. Se recomendará la actividad física y una dieta equilibrada con especial énfasis en una adecuada ingesta calórica y un consumo de grasas a expensas de las grasas saturadas<sup>20</sup> (grado de recomendación A).</li> <li>• Se ofrecerá tratamiento farmacológico con hipolipemiantes (Anexo 6) a todos los pacientes en prevención secundaria, con el objetivo de conseguir cLDL &lt; 100 mg/dl o reducciones por debajo del 30% sobre su valor basal<sup>20</sup> (grado de recomendación A).</li> <li>• En prevención primaria, las evidencias sobre los beneficios del tratamiento hipolipemiante son inconsistentes<sup>38</sup>, y no es posible establecer cifras objetivo de cLDL<sup>38</sup>. En estas personas, las intervenciones fundamentales son las medidas no farmacológicas, mantenidas al menos seis meses. Se planteará el tratamiento farmacológico en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el ERV es alto, con un cLDL <math>\geq 160</math> mg/dl</li> <li>- Si el RV es bajo, con un cLDL <math>\geq 190</math> mg/dl (o CT <math>\geq 300</math> mg/dl) y un RV próximo al 5%, sobre todo si existen otros FRV no incluidos en el cálculo del RV<sup>20</sup> (grado de recomendación D).</li> </ul> </li> <li>• Los medicamentos hipolipemiantes de primera elección son las estatinas, sin que existan datos de superioridad de unas sobre otras a dosis equivalentes<sup>34</sup>. Por su relación coste-efectividad, la simvastatina (20-40 mg/día) debe ser la de elección, salvo que existan otras razones justificadas <math>\checkmark</math>.</li> <li>• No se recomienda la asociación de dosis intensivas de estatinas</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>8.2.4 DIABETES MELLITUS</p> <p>8.2.5 OBESIDAD</p>	<p>con otros hipolipemiantes para alcanzar los objetivos terapéuticos, dada la ausencia de evidencias<sup>20,38</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de no poder usar estatinas podrán utilizarse<sup>20</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibratos, si las estatinas están contraindicadas.</li> <li>- Asociar resinas de intercambio iónico (grado de recomendación A) o ezetimiba (grado de recomendación D) y reducir dosis de estatinas, en caso de intolerancia a las dosis requeridas.</li> </ul> </li> <li>• No se recomienda el uso de alimentos enriquecidos con fitoesteroles porque aunque reducen el CT y el cLDL (grado de recomendación A), no disminuyen la morbi-mortalidad cardiovascular<sup>35</sup>.</li> <li>• En la hipertrigliceridemia aislada, se recomienda tratamiento farmacológico en el caso de dislipemias familiares aterogénicas y de hipertrigliceridemias con riesgo de pancreatitis aguda<sup>20</sup>.</li> <li>• <b>i</b> Se informará al paciente y/o su familia de forma detallada, clara y concisa del plan terapéutico a realizar, los posibles efectos secundarios de la medicación y la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico con actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativas (Anexo 5).</li> <li>• Se mantendrá el tratamiento con fármacos hipolipemiantes de forma indefinida<sup>20,38</sup>, (grado de recomendación D), salvo indicación expresa de retirada por intolerancia, efectos secundarios o disminución significativa de la esperanza de vida y grave deterioro de la calidad de vida del paciente. ✓</li> <li>• Los ajustes posológicos se harán cada 3 meses, según los valores de cLDL, hasta conseguir el objetivo terapéutico<sup>18,38,41</sup> (grado de recomendación D).</li> <li>• Se seguirán las recomendaciones establecidas en el PAI Atención a Personas con Diabetes<sup>19</sup> (Anexo 5).</li> <li>• La estrategia a seguir va a depender del cálculo del riesgo de morbilidad y mortalidad que comporta el exceso de peso (Anexo 5). La intervención terapéutica estará en función de la edad, el IMC, la distribución de la grasa corporal (perímetro abdominal), la existencia de enfermedades asociadas y el sedentarismo<sup>21</sup>.</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>8.2.6 OTRAS INTERVENCIONES ESPECIFICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pilares fundamentales del tratamiento para conseguir un balance energético negativo son el plan de alimentación y de actividad física, los cambios del estilo de vida y la terapia conductual<sup>21</sup> (Anexo 5).</li> <li>• No se recomienda el uso del fármaco Orlistat dado que, aunque puede producir una discreta pérdida de peso, no ha demostrado reducir la morbilidad ni la mortalidad vascular<sup>37</sup>.</li> <li>• No se recomienda el uso de productos alternativos no farmacológicos como el balón intragástrico o el marcapasos gástrico, porque no existe evidencia sobre su efectividad<sup>21</sup>.</li> <li>• El tratamiento quirúrgico de la obesidad (cirugía bariátrica) está indicado en personas con IMC &gt; 40 Kg/m<sup>2</sup> ó &gt; 35 Kg/m<sup>2</sup> en presencia de otras comorbilidades mayores<sup>21</sup> (grado de recomendación B). El paciente debe cumplir algunos requisitos de estabilidad psicológica y asumir compromisos para el seguimiento a largo plazo.</li> </ul> <p>1. <b>Tratamiento antiagregante.</b> El fármaco antiagregante de elección es el AAS, a dosis de 75-100 mg/día en toma única. En caso de alergia o intolerancia al AAS, la alternativa más efectiva y segura es el Clopidogrel, a dosis de 75 mg/día<sup>7</sup> (grado de recomendación A). Debe ofrecerse tratamiento antiagregante en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes en prevención secundaria<sup>7</sup> (grado de recomendación A).</li> <li>• Personas en prevención primaria con un RV muy aumentado (&gt;10% en tablas SCORE), siempre que la presión arterial esté controlada<sup>7</sup> (grado de recomendación B).</li> </ul> <p>En personas con RV bajo, la relación riesgo/beneficio de la antiagregación es desfavorable, pudiendo incrementarse el riesgo de hemorragias graves<sup>7</sup> (grado de recomendación A).</p> <p>En las personas con diabetes, la recomendación de antiagregación no depende del diagnóstico de diabetes, sino que se basará en su nivel de riesgo<sup>38,39</sup>.</p> <p>2. <b>Se utilizarán beta-bloqueantes</b> en todos los pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), salvo contraindicación<sup>7,35</sup> (grado de recomendación A).</p> <p>3. Se recomendarán los IECA en pacientes que hayan sufrido un IAM, tengan o no disfunción ventricular izquierda, salvo contraindicación<sup>7</sup> (grado de recomendación A).</p>

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p><b>SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>9.1</b> <b>i</b> Se informará de forma clara y comprensible a la persona y, en su caso, a los familiares, sobre la situación clínica, las complicaciones y el pronóstico.</p> <p><b>9.2</b> Se asegurará la continuidad asistencial y se garantizará la transmisión de la información clínica entre niveles asistenciales<sup>14</sup> <b>Δ</b><sup>24-ESP</sup></p> <p><b>9.3</b> El seguimiento debe ser individualizado según el nivel de prevención, el RV en caso de prevención primaria, los FRV presentes y el logro de los objetivos terapéuticos.</p> <p><b>9.4</b> Se acordarán con la persona las actividades o intervenciones a realizar y la periodicidad del seguimiento (Anexo 6), ofertando los posibles recursos de la comunidad (Anexo 6) y, si procede, implicando a los familiares. <b>√</b></p> <p><b>9.5</b> Se volverá a calcular el RV para evaluar la reducción del riesgo global tras la intervención cada 1 o 2 años, según el riesgo previo, adaptando las medidas a la nueva situación y siempre que existan modificaciones de los FRV.</p>

**Δ Triángulo que identifica características de calidad relacionadas con la seguridad del paciente.**

Cuando el triángulo lleve un superíndice numérico se refiere a:

- el criterio concreto de las recomendaciones de la OMS "Soluciones para la seguridad del paciente" y/o
- la "Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESP) del SSPA".

La estrategia "Higiene de manos" para fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes, es una recomendación de la OMS y una solución de la Estrategia para la seguridad del paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, además tiene una identificación específica. Por tanto se identificaría **9<sup>OMS</sup> 17<sup>ESP</sup>**

**i** Momentos del desarrollo del PAI en los que se debe informar al paciente y/o familia.

**√** Consenso de expertos