

## Carta abierta a los médicos de atención primaria que derivan pacientes a la consulta de cardiología.

Autor: Dr. Pedro Serrano 2008

### Fármacos:

- Conviene decir al paciente que lleve toda la medicación que toma por escrito (no suele ser fiable la informatizada en la hoja de interconsulta).

- No recomiendo usar AINEs en personas de más de 60 años, salvo que sea estrictamente imprescindible:

- Elevan la tensión arterial y aumentan el riesgo de infarto de miocardio.
- Descompensan, por retener líquidos, a los pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Les perjudican el estómago y el riñón.

Usar paracetamol 1 gr. en formas no efervescentes (porque llevan sodio). Ej.- Gelocatil 1 gr.

Usar tramadol en dosis crecientes (en gotas podemos empezar con dosis bajas).

Valorar el introducir gabapentina o antiepilépticos como analgésicos.

- No conviene retirar estatinas cuando el perfil lipídico esté bien. Tratamientos cíclicos aumentan la mortalidad. El riesgo cardiovascular aumenta al retirar las estatinas. Pueden combinarse todas las posibilidades: estatinas + fibratos (no gemfibrozilo) + ezetrol + omacor.

- Objetivos de prevención del diabético (tipo I ó II): CT<200, LDL<100, HDL>40, TG<150. Si el paciente además tiene enfermedad coronaria: CT<175, LDL<70, HDL>40, TG<150.

- Sería recomendable iniciar el tratamiento con sintrom desde vuestras consultas a todos los pacientes con fibrilación auricular y sean mayores de 65 años y/o tengan cardiopatía estructural.

- Especialmente en pacientes de alto riesgo hemorrágico, la combinación de sintrom con INR 1,5 a 2,5 más Disgrén 2 cp. juntos en desayuno (estudio NASPEAF) puede ser una alternativa válida para reducir eventos y disminuir complicaciones hemorrágicas.

- Amlodipino (disminuye mortalidad y eventos cardiovasculares).

vs. Artedil 20: disminuye proteinuria e hipertrofia ventricular izda. Da la mitad de edemas.

- Bisoprolol (EPOC, polimedicados) vs. Carvedilol (diabéticos, enf. vascular periférica, prostáticos).

- Seguril (elimina potasio, aumenta glucosa y empeora dislipemia. Usar preferentemente en pacientes con Insuficiencia Renal moderada-severa e hiperpotasemia). Si se usa el genérico, utilizar el doble de dosis.

vs. Dilutol (no disminuye el potasio, no aumenta glucemia ni empeora dislipemia. Los pacientes ingresan menos en general). Ojo con los cambios de tratamiento: hacerlos poco a poco, solapando.

## ECG:

- Conviene enviar a todos los pacientes con ECG realizado y diagnóstico por escrito por vuestra parte. Si además vienen con el último análisis reciente a la consulta, puede ser de gran utilidad (ya que no siempre podemos acceder a la base de datos de analíticas).
- Los pacientes con marcapasos han de ir a las revisiones periódicas del dispositivo, pero no precisan revisiones clínicas, salvo que exista otro motivo para ello.
- El paciente con bloqueo incompleto de rama derecha, o con bloqueo completo de rama derecha o con hemibloqueo anterior en el ECG, sin sintomatología asociada no es indicación de derivación.
- El paciente asintomático con bradicardia sinusal o con Bloqueo AV de primer grado o con Wolf-Parkinson-White, conviene mantener una actitud expectante y no enviarlo hasta que no haya clínica sospechosa de ser secundaria a la alteración ECG.
- El paciente con bloqueo de rama izquierda no estudiado, conviene enviarlo para estudio, por ser marcador de probable cardiopatía.

## Hipertensión arterial:

- Conviene que se compren la gran mayoría de los pacientes hipertensos aparatos para tomar la TA: homologados, de brazo (salvo los muy muy obesos, que será de muñeca) y automáticos. Los pacientes con fibrilación auricular tendrán que tener un extra de paciencia porque a menudo tardan los aparatos en darles una medición fiable, hasta que el ritmo tiene cierta estabilidad en cuanto a frecuencia cardiaca.
- Pacientes coronarios o diabéticos o con insuficiencia renal: Su objetivo de tensión arterial es < 130/80.
- Decir siempre las cifras de TA al paciente, y anotársela para que la tenga él.
- Enviar pacientes hipertensos mal controlados con al menos 2 fármacos antihipertensivos ya instaurados y con poco éxito terapéutico.
- Adiro 100 tomado en la cena baja 5 mm de Hg la TA sistólica.
- Las estatinas suelen bajar 5 mm de Hg la TA sistólica.
- Todos los hipertensos y los diabéticos pueden beneficiarse del Adiro 100, 1 cp. diario en la cena.

Todos los pacientes con precordialgia en estudio, ponerles de entrada:

Adiro 100

+ cafinitrina s.l. si precisa

+ estatina a dosis de prevención secundaria

+ control antihipertensivo adecuado a objetivos

± tratamiento antianginoso, si la isquemia es muy evidente.

## Recomendaciones para las enfermeras del centro de salud.

Decir siempre las cifras de TA al paciente, y anotársela para que la tenga él.

*Cualquier sugerencia o comentario es siempre bienvenido.*