

ANGINA DE PECHO PROF. LIC. HUGO CARRASCO (ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA/SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

El síntoma clásico de la enfermedad arterial coronaria (CAD, *coronary artery disease*) es la angina de pecho —dolor causado por la pérdida de oxígeno y nutrientes en el tejido miocárdico a causa de un flujo sanguíneo coronario insuficiente. En la mayoría, aunque no en todos los pacientes con angina de pecho, los síntomas de CAD son causados por una aterosclerosis importante. En ocasiones, la angina inestable se clasifica junto con el infarto de miocardio (MI) bajo el diagnóstico de síndrome coronario agudo. La angina de pecho tiene tres formas principales: (1) estable —desencadenada por el esfuerzo, de corta duración y de fácil resolución, (2) inestable —de mayor duración, más grave, puede no resolverse con reposo/nitroglicerina; también puede ser la aparición de un dolor nuevo por esfuerzo o la aceleración reciente de la intensidad del dolor y (3) variante —dolor de pecho durante el reposo con alteraciones del ECG debido a espasmos de arterias coronarias. Las directrices del AHCPR de mayo de 1994 afirman que la angina inestable es un síndrome transitorio que causa una importante discapacidad y mortalidad en Estados Unidos.

1º DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con (R/C)

Puede asociarse a

Disminución del flujo sanguíneo miocárdico

Incremento del trabajo cardíaco/consumo de oxígeno

Posiblemente se manifieste por

Referencias de dolor de frecuencia, duración e intensidad variables (especialmente a medida que se agrava la enfermedad)

Interés estrecho

Comportamientos de distracción (lamentos, llantos, paseos, inquietud)

Respuestas autónomas; p. ej., sudoración, cambios de presión arterial, frecuencia cardíaca, dilatación pupilar, aumento/disminución de la frecuencia respiratoria

RESULTADOS ESPERADOS/CRITERIOS DE EVALUACIÓN —EL PACIENTE:

Nivel de dolor (NOC)

Objetivo

Describirá disminución de la frecuencia, duración e intensidad de las crisis anginosas

Demostrará alivio del dolor demostrado por signos vitales estables, ausencia de tensión muscular e inquietud

ACCIONES/INTERVENCIONES

FUNDAMENTOS

Gestión del dolor (NIC)

Independiente

Enseñar al paciente a avisar inmediatamente a la enfermera cuando se produzca el dolor precordial.

BP= blood pressure = Presión sanguínea

Valorar y documentar la respuesta del paciente/efectos de la medicación.

Identificar los sucesos desencadenantes, si existen; frecuencia, duración, intensidad y localización del dolor.

Observar la existencia de síntomas asociados; p. ej., disnea, náusea/vómito, mareos, palpitaciones, deseo de evacuar.

Evaluar las quejas de dolor en mandíbula, cuello, hombro, brazo o mano (típicamente en lado izquierdo).

Colocar al paciente en reposo total durante las crisis anginosas.

El dolor y un gasto cardíaco reducido pueden estimular el sistema nervioso simpático para liberar concentraciones elevadas de norepinefrina, que aumenta la agregación plaquetaria y la liberación de tromboxano A_2 . Este potente vasoconstrictor provoca un espasmo arterial coronario, que puede desencadenar, complicar y/o prolongar una crisis anginosa. El dolor insoportable puede causar una respuesta vasovagal, disminuyendo la BP y la frecuencia cardíaca.

Proporciona información sobre la evolución de la enfermedad. Ayuda a evaluar la eficacia de las intervenciones y puede indicar la necesidad de cambios en el régimen terapéutico.

Ayuda a diferenciar este dolor precordial y ayuda a evaluar la posible evolución a angina inestable. (La angina estable suele durar 3-15 min y suele aliviarse con reposo y nitroglicerina sublingual [NTG]; la angina inestable es más intensa, se produce en forma impredecible, puede durar más y no suele aliviarse con NTG/reposo.)

La disminución del gasto cardíaco (que puede producirse durante el episodio miocárdico isquémico) estimula el sistema nervioso simpático/parasimpático, causando una variedad de sensaciones vagas que el paciente puede no asociar con la crisis anginosa.

El dolor cardíaco puede irradiarse; p. ej., el dolor se suele referir a localizaciones más superficiales inervadas por el mismo nivel medular.

Reduce la demanda de oxígeno miocárdico para minimizar el riesgo de daño hístico/necrosis.

En colaboración

Proporcionar oxígeno complementario según esté indicado.

Administrar fármacos antianginosos inmediatamente según esté indicado:

Nitroglicerina sublingual, comprimidos cápsulas de liberación lenta; comprimidos masticables, vaporizador dosificado; parches transdérmicos; cremas transdérmicas;

β -bloqueadores; p. ej., acebutolol, atenolol, nadolol, metoprolol, propranolol;

Bloqueadores de los canales de calcio; p. ej., bepridil, amlodipina, nifedipina, felodipina, isradipina, diltiazem; Analgésicos; p. ej., paracetamol;

Sulfato de morfina.

Monitorizar cambios seriados del ECG.

66

Aumenta el oxígeno disponible para su captación en miocardio/inversión de la isquemia.

La nitroglicerina se ha utilizado como tratamiento y prevención estándar para el dolor de angina de pecho durante más de 100 años. Hoy en día, se encuentra disponible en numerosas presentaciones y sigue siendo la piedra angular de la terapia antianginosa. Su efecto vasodilatador rápido dura 10-30 min y se puede usar preventivamente para evitar, así como para interrumpir, crisis anginosas. Los preparados de larga duración se usan para prevenir recidivas al reducir los vasoespasmos coronarios y el gasto cardíaco. Puede causar dolor de cabeza, mareos —síntomas que suelen desaparecer con rapidez. Si la cefalea es insoportable, puede ser necesario cambiar la dosis o suspender la administración del fármaco. *Nota:* El dinitrato de isosorbida puede ser más eficaz en pacientes con la forma variante de angina de pecho.

Reduce la angina al disminuir el trabajo cardíaco. (Véase DE: Riesgo de disminución del gasto cardíaco, a continuación, en la página 67.) *Nota:* Con frecuencia, estos fármacos por sí solos son insuficientes para aliviar la angina de pecho en casos menos graves.

Producen relajación del músculo liso vascular; dilatan las arterias coronarias; reducen la resistencia vascular periférica. Con frecuencia es suficiente analgesia para aliviar la cefalea causada por la dilatación de los vasos cerebrales en respuesta a los nitratos.

Analgésico narcótico potente que se puede utilizar en la presentación aguda debido a varios efectos beneficiosos; p. ej., produce vasodilatación periférica y reduce el trabajo miocárdico, tiene una acción sedante que produce relajación, interrumpe el flujo de catecolaminas vasoconstrictoras, y así, alivia eficazmente el intenso dolor precordial. El MS se administra por vía IV para un efecto rápido y porque la disminución del gasto cardíaco reduce la absorción histérica periférica.

La isquemia durante la crisis anginosa puede provocar una depresión o elevación transitoria del segmento ST y una inversión de la onda T. Los registros seriados verifican las alteraciones isquémicas, que pueden desaparecer cuando el paciente no tiene dolor. También proporcionan una referencia con la cual comparar posteriores cambios del patrón.

ACCIONES/INTERVENCIONES

Elevar la cabecera de la cama si el paciente tiene disnea.

Monitorizar la frecuencia/ritmo cardíaco.

Monitorizar los signos vitales cada 5 min durante la crisis anginosa inicial.

Permanecer con el paciente que experimenta dolor o presenta ansiedad.

Mantener un entorno tranquilo y cómodo; restringir las visitas según necesidad.

Proporcionar comidas ligeras. Haga reposar al paciente durante una hora después de las comidas.

FUNDAMENTOS

Facilita el intercambio gaseoso para reducir la hipoxia y la disnea resultantes.

Los pacientes con angina inestable tienen mayor riesgo de arritmias agudas potencialmente mortales, que se producen como respuesta a modificaciones isquémicas, estrés o ambos.

La presión arterial puede elevarse inicialmente debido a la estimulación simpática, luego desciende si el gasto cardíaco disminuye. También se produce taquicardia en respuesta a la estimulación simpática y puede ser persistente como respuesta compensatoria si cae el gasto cardíaco.

La ansiedad libera catecolaminas, que incrementan el gasto miocárdico y pueden aumentar/prolongar el dolor isquémico. La presencia de la enfermera puede reducir el sentimiento de temor e indefensión.

El estrés mental/emocional aumenta el gasto miocárdico.

Disminuye el gasto miocárdico asociado con el trabajo de digestión, reduciendo el riesgo de crisis anginosa.

2º

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: **Riesgo de disminución del gasto cardiaco** relacionado con (R/C)

Los factores de riesgo pueden incluir

Alteraciones inotrópicas (**isquemia transitoria prolongada**, efectos de la medicación)
Alteraciones de la frecuencia, ritmo y conducción eléctrica

Posiblemente se manifieste por

[No aplicable; la presencia de síntomas y signos establece un diagnóstico *real*]

RESULTADOS ESPERADOS/CRITERIOS DE EVALUACIÓN EL PACIENTE:

Eficacia del bombeo cardiaco (NOC) OBJETIVO

Demostrará un incremento de la tolerancia a la actividad

Describirá/manifestará menos episodios de disnea, angina y arritmias

Participará en comportamientos/actividades que reducen el trabajo cardiaco

ACCIONES/INTERVENCIONES

FUNDAMENTOS

Regulación hemodinámica (NIC)

Independiente

Mantener reposo en cama/sentado en posición cómoda durante los episodios agudos.

Monitorizar los signos vitales (p. ej., frecuencia cardiaca, BP) y ritmo cardiaco.

Auscultar los ruidos respiratorios y los tonos cardiacos. Observar la presencia de soplos.

Proporcionar periodos de reposo suficientes, asistir con/realizar las actividades de autoayuda, según esté indicado.

Destacar la importancia de evitar esfuerzos/contracciones, especialmente durante la defecación.

Recomendar que refiera inmediatamente el dolor para la inmediata administración de medicación según esté indicado.

Monitorizar y documentar los efectos de/respuestas adversas a la medicación, registrando BP, frecuencia y ritmo cardiaco (especialmente al administrar una combinación de calcioantagonistas, β -bloqueadores y nitratos).

Valorar signos y síntomas de insuficiencia cardiaca.

Evaluar el estado mental, observando la aparición de confusión, desorientación.

Observar el color de la piel y la presencia/calidad de los pulsos.

Reduce el consumo y demanda de oxígeno, disminuyendo el trabajo del miocardio y el riesgo de descompensación.

Puede observarse taquicardia debida a dolor, ansiedad, hipoxemia y disminución del gasto cardiaco. También pueden producirse cambios en la BP (hipertensión o hipotensión) a causa de la respuesta cardiaca. Las modificaciones del ECG que reflejan isquemia/arritmias indican la necesidad de evaluaciones e intervenciones terapéuticas adicionales.

Se pueden producir S_3 , S_4 o crepitaciones con la descompensación cardiaca o con algunos fármacos (especialmente β -bloqueadores). La aparición de soplos puede revelar una causa valvular para el dolor precordial (p. ej., estenosis aórtica, estenosis mitral) o rotura del músculo papilar.

Conserva la energía, reduce el trabajo cardiaco.

La maniobra de Valsalva provoca estimulación vagal, reduciendo la frecuencia cardiaca (bradicardia), que puede estar acompañada por taquicardia de rebote, pudiendo ambas alterar el gasto cardiaco.

La intervención rápida puede reducir el consumo de oxígeno y el trabajo miocárdico y puede prevenir/minimizar las complicaciones cardiacas.

El efecto deseado es reducir la demanda de oxígeno miocárdico al reducir el estrés ventricular. Los fármacos con propiedades inotrópicas negativas pueden reducir la perfusión en un miocardio ya isquémico. La combinación de nitratos y β -bloqueadores puede tener efectos acumulativos sobre el gasto cardiaco.

La angina es sólo un síntoma de un trastorno subyacente que causa isquemia miocárdica. El trastorno puede afectar a la función cardiaca hasta descompensarla.

La disminución de la perfusión en el cerebro puede producir alteraciones observables en el estado mental.

La circulación periférica se reduce cuando cae el gasto cardiaco, causando un aspecto pálido o grisáceo a la piel (dependiendo del grado de hipoxia) y reduciendo la fuerza de los pulsos periféricos.

ACCIONES/INTERVENCIONES

FUNDAMENTOS

Monitorización

Administrar oxígeno complementario según esté indicado.

Aumenta el oxígeno disponible para la captación miocárdica para mejorar la contractilidad, reduce la isquemia y reduce la concentración de ácido láctico.

Monitorizar la oximetría de pulso o ABG según esté indicado.

Determina la corrección de la función respiratoria y/o de la oxigenoterapia.

Medir el gasto cardíaco y otros parámetros funcionales según esté indicado.

Se pueden determinar el índice cardíaco, precarga/poscarga, contractilidad y trabajo cardíaco con varios métodos no invasivos, incluyendo la técnica de bioimpedancia eléctrica torácica (TEB, *thoracic electrical bioimpedance*). Es útil para evaluar la respuesta a las intervenciones terapéuticas y para identificar la necesidad de cuidados más agresivos/urgentes. *Nota:* La evaluación de cambios de la frecuencia cardíaca, la BP y el gasto cardíaco requiere tener en cuenta la variabilidad hemodinámica circadiana del paciente (p. ej., estos valores suelen ser más bajos de noche en pacientes que durante el día están activos).

Administrar medicación según esté indicado:

Bloqueadores de los canales de calcio; p. ej., diltiazem, nifedipina, verapamilo, bepridil, amlodipina, felodipina, isradipina;

Aunque difieren en cuanto al modo de actuación, los bloqueadores de los canales de calcio tienen una importante función en la prevención y corrección de la isquemia inducida por espasmos de arterias coronarias y en la reducción de la resistencia vascular, reduciendo así la BP y el trabajo cardíaco.

β -bloqueadores; p. ej., atenolol, nadolol, propranolol, esmolol;

Estos fármacos reducen el trabajo cardíaco disminuyendo la frecuencia cardíaca y la BP sistólica. *Nota:* Una sobredosis provoca descompensación cardíaca.

Ácido acetilsalicílico (ASA, *acetylsalicylic acid*), otros antiagregantes plaquetarios; p. ej., clopidogrel, ticlopidina, tirofiban, eptifibatide;

Eficaz en la angina inestable, ASA reduce la agregación plaquetaria/formación de coágulos. Para los pacientes con importante intolerancia digestiva pueden estar indicados fármacos alternativos. Se están administrando de modo creciente nuevos antiagregantes plaquetarios IV y orales (especialmente clopidogrel) por vía IV en combinación con angioplastia y colocación de endoprótesis para el alivio de la angina.

Heparina IV.

En bolo, seguido por una infusión continua, se recomienda para ayudar a reducir el riesgo de posteriores MI al reducir las complicaciones trombóticas de la rotura de placas en aquellos pacientes diagnosticados de riesgo intermedio o alto de angina inestable. *Nota:* El uso de la heparina de bajo peso molecular está aumentando debido a su acción más eficaz y predecible y menos efectos adversos (p. ej., menor riesgo de hemorragia) y semivida más prolongada. Además, no requiere monitorización de la anticoagulación.

COMPLETAR MEDICACION HABITUAL Y FUNDAMENTAR

Monitorizar las pruebas de laboratorio; p. ej., PTT, aPTT.

Adeemas, no requiere monitorización de la terapia anticoagulante.

Describir el objetivo y preparar para las pruebas de estrés y de cateterización cardíaca cuando esté indicado.

Evalúa las necesidad/eficacia de la terapia anticoagulante. Las pruebas de estrés proporcionan información sobre la salud/fortaleza de los ventrículos.

Preparar para intervenciones quirúrgicas (p. ej., angioplastia con/sin colocación de endoprótesis (*stent*) intracoronaria, valvuloplastia, (CABG), si está indicado.

La angioplastia (también denominada angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA, *percutaneous transluminal coronary angioplasty*]) aumenta el flujo sanguíneo coronario mediante la compresión de las lesiones ateromatosas y dilatación de la luz del vaso en una arteria coronaria ocluida. Se pueden colocar endoprótesis intracoronarias en el momento de la PTCA para proporcionar un soporte estructural dentro de la arteria coronaria y mejorar las posibilidades de una permeabilidad a largo plazo. Este procedimiento es preferible a la cirugía CABG más invasiva. Para pacientes con elevado riesgo de trombosis, cierre agudo y para diabéticos, se puede considerar la colocación de endoprótesis eluida en fármacos (revestida con fármacos). Existen varios fármacos que ayudan a reducir las reestenosis después de la colocación de una endoprótesis o de una angioplastia. La colocación de la endoprótesis también puede ser eficaz para la forma variante de angina de pecho en la que los espasmos periódicos alteran el flujo arterial.

ACCIONES/INTERVENCIONES

FUNDAMENTOS

Preparar para traslado a unidad de cuidados críticos si el estado lo justifica.

Nota: Una innovación reciente en la terapia trombolítica asociada con angioplastia y colocación de endoprótesis es el Anjojet (un dispositivo para la extracción de coágulos de sangre de las arterias coronarias), que puede reducir el riesgo de infarto de miocardio o muerte. La CABG es el tratamiento recomendado cuando las pruebas confirman que la isquemia de miocardio es resultado de una enfermedad arterial coronaria izquierda o una enfermedad sintomática de tres vasos, especialmente en aquellos con disfunción ventricular izquierda.

Un dolor precordial intenso/prolongado con disminución del gasto cardíaco refleja la aparición de complicaciones que requieren intervenciones más intensas/urgentes.

3º DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: **Ansi** [especificar nivel]

relacionado con (R/C)

Puede asociarse a

Crisis situacionales

Amenaza al autoconcepto (alteración de la imagen/capacidades)

Respuesta fisiopatológica subyacente

Amenaza a o cambio del estado de salud (curso de enfermedad que puede llevar a mayor deterioro, debilidad, incluso muerte)

Autoconcepto negativo

Posiblemente se manifieste por

Expresión de preocupación por cambios en los sucesos vitales

Incremento de la tensión/indefensión

Aprensión, incertidumbre, inquietud

Asociación de diagnósticos con pérdida de imagen corporal saludable, pérdida de lugar/influencia

Vista de sí mismo como miembro no contributivo de la familia/sociedad

Temor a la muerte como realidad inminente

RESULTADOS ESPERADOS/CRITERIOS DE EVALUACIÓN EL PACIENTE:

Autocontrol de la ansiedad (NOC)

OBJETIVO

Verbalizará ser consciente de los sentimientos de ansiedad y formas saludables para afrontarlos

Reducirá las referencias de ansiedad a un nivel manejable

Expresará la preocupación sobre los efectos de la enfermedad sobre el estilo de vida, la posición dentro de la familia y la sociedad

Demostrará estrategias de afrontamiento eficaces/capacidades de resolución de problemas

ACCIONES/INTERVENCIONES

FUNDAMENTOS

Reducción de la ansiedad (NIC)

Independiente

Explicar los objetivos de las pruebas y los procedimientos; p. ej., pruebas de estrés.

Favorecer la expresión de los sentimientos y temores: p. ej., negación, depresión e ira. Permitir al paciente/allegados saber que éstas son reacciones normales. Observar las expresiones de preocupación, tales como, "Es inevitable un ataque al corazón."

Reduce la ansiedad atribuible al temor a los diagnósticos y pronósticos desconocidos.

Los sentimientos sin expresar pueden crear confusión interna y afectar a la propia imagen. La verbalización de las preocupaciones reduce la tensión, verifica el nivel de afrontamiento y facilita tratar con los sentimientos. Las conversaciones negativas sobre sí mismo pueden incrementar el grado de ansiedad y pueden contribuir a exacerbar las crisis anginosas.

ACCIONES/INTERVENCIONES

Animar a familiares y amigos a tratar al paciente como siempre.

Decir al paciente que el régimen médico se ha diseñado para reducir/limitar las crisis futuras y aumenta la estabilidad cardíaca.

FUNDAMENTOS

Asegura al paciente que su rol en la familia y el entorno laboral no ha cambiado.

Anima al paciente a probar el control de síntomas (p. ej., ausencia de angina con ciertos niveles de actividad) con el fin de aumentar la confianza en el programa médico y para integrar la capacidad de percepción de uno mismo. (Remítase a PC: Aspectos psicosociales de los cuidados. DE: Ansiedad [especificar nivel]/temor, p. 770, para intervenciones adicionales.)

En colaboración

Administrar sedantes, tranquilizantes según esté indicado.

Puede ser deseable para ayudar al paciente a relajarse y que físicamente sea capaz de reestablecer estrategias de afrontamiento adecuadas.

4º DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos [necesidad de aprendizaje] sobre la enfermedad, el plan de tratamiento, autocuidado y necesidades para el alta relacionado con (R/C)

Puede asociarse a

Falta de exposición

Información imprecisa/malinterpretada

Falta de familiaridad con las fuentes de información

Posiblemente se manifieste por

Preguntas

Petición de información

Seguimiento incorrecto de las instrucciones

RESULTADOS ESPERADOS/CRITERIOS DE EVALUACIÓN —EL PACIENTE:

Participará en el proceso de aprendizaje

OBJETIVO

Asumirá responsabilidades en su propio aprendizaje, buscando información y preguntando

CONOCIMIENTO: tratamiento de la enfermedad cardíaca (NOC)

Verbalizará la comprensión del estado/proceso de la enfermedad y las posibles complicaciones

Verbalizará la comprensión/participará en el régimen terapéutico

Iniciará las modificaciones necesarias en el estilo de vida/conductuales

ACCIONES/INTERVENCIONES

FUNDAMENTOS

ENSEÑANZA: proceso de la enfermedad (NIC)

Independiente

Describir la fisiopatología de la enfermedad. Destacar la necesidad de prevenir y tratar las crisis anginosas.

Revisar la importancia de los niveles de colesterol y diferenciar entre los factores LDL y HDL. Destacar la importancia de los datos de laboratorio periódicos y el uso de hipolipemiantes.

Los pacientes con angina de pecho necesitan saber por qué ocurre y qué pueden hacer para controlarla. Éste es el centro del manejo terapéutico para reducir la probabilidad de MI y favorecer un estilo de vida cardiosaludable.

Aunque los valores de la *American Heart Association* para LDL son de ± 130 mg/100 ml, los pacientes con dos o más factores de riesgo (p. ej., tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, antecedentes familiares) deberían mantener el LDL 100 mg/100 ml, y aquellos con CAD diagnosticado

ACCIONES/INTERVENCIONES

FUNDAMENTOS

Aconsejar al paciente que evite los factores/situaciones que pueden precipitar las crisis anginosas; p. ej., estrés emocional, agotamiento físico generalizado o intenso, ingestión de comidas abundantes, pesadas, especialmente antes de acostarse, exposición a temperaturas ambientales extremas.

Ayudar al paciente/allegados a identificar las fuentes de estrés físico y emocional y describir las formas en que se pueden evitar.

Revisar la importancia de dejar de fumar, de controlar el peso, de las modificaciones en la dieta y el ejercicio.

Animar al paciente a seguir el programa de reacondicionamiento prescrito; con precaución para evitar el agotamiento.

necesitan mantener el LDL por debajo de ± 100 mg/100 ml. Un HDL por debajo de 35-45 se considera un factor de riesgo; un valor por encima de 60 mg/100 ml se considera una ventaja. *Nota:* Las *National Cholesterol Education Program Guidelines* afirman ahora que todos los pacientes adultos de alto riesgo con LDL ≥ 100 mg/100 ml deben recibir farmacoterapia.

Puede reducir la incidencia/gravedad de los episodios isquémicos. Ayuda al paciente a manejar los síntomas.

Este es un paso crítico en la limitación, prevención de las crisis anginosas.

El conocimiento de la importancia de los factores de riesgo proporciona al paciente la oportunidad de realizar los cambios necesarios. Los pacientes con el colesterol elevado que no responden a un programa de seis meses con una dieta pobre en grasa y ejercicio regular aún requieren medicación.

El temor a desencadenar las crisis puede hacer que el paciente evite participar en actividades que se han prescrito para favorecer la recuperación (incrementar la fuerza del miocardio y formar una circulación colateral). Los programas de rehabilitación cardíaca proporcionan un abordaje escalonado para incrementar la actividad del paciente y su tolerancia al ejercicio.

Describir los efectos de la enfermedad sobre el estilo de vida y las actividades deseadas, incluyendo las de trabajar, conducir, actividad sexual y aficiones. Proporcionar información, intimidad o asesoramiento, según esté indicado.

Mostrar/fomentar la automonitorización del pulso y de la BP durante/después de las actividades, cuando sea apropiado y para programar, simplificar las actividades, evitar esfuerzos y tomarse periodos de descanso.

Describir los pasos a tomar cuando se produce una crisis anginosa; p. ej., cesar toda actividad, mantener la NTG de "rescate" a mano, administrar la medicación en caso necesario, aplicar técnicas de relajación.

Revisar los medicamentos prescritos para control, prevención de las crisis anginosas como se ha presentado anteriormente:

ASA y otros antiagregantes plaquetarios.

Hipolipemiantes: secuestrantes biliares; p. ej., colestiramina, colestipol; ácido nicotínico; fibratos; p. ej., fenofibrato, gemfibrozil e inhibidores de la HMG-CoA reductasa; p. ej., lovastatina, fluvastatina, pravastatina, simvastatina.

Destacar la importancia de consultar con el médico antes de tomar cualquier fármaco OTC.

Describir el uso de la fitoterapia (p. ej., ginseng, ajo, ginkgo, espino, bromelina), según esté indicado.

El paciente puede mostrarse reticente a reiniciar, continuar con sus actividades habituales a causa del temor a una crisis anginosa o a la muerte. El paciente debe tomar nitroglicerina en forma preventiva antes de realizar cualquier actividad que sepa que desencadena la angina de pecho.

Permite al paciente identificar las actividades que se pueden modificar para evitar estrés cardíaco y mantenerse por debajo del umbral anginoso.

Estar preparado para un suceso elimina el temor de que el paciente no sepa lo que debe hacer si se produce la crisis.

La angina de pecho es una enfermedad compleja que suele requerir el uso de numerosos fármacos administrados para reducir el trabajo cardíaco, mejorar la circulación coronaria y controlar la presentación de crisis.

Se pueden administrar de manera preventiva diariamente para reducir la agregación plaquetaria y mejorar la circulación coronaria. Pueden prolongar la tasa de supervivencia de los pacientes con angina inestable.

Estos fármacos se consideran de primera línea para reducir los niveles de colesterol sérico. *Nota:* Colestiramina, colestipol pueden inhibir la absorción de vitaminas liposolubles y de algunos fármacos como warfarina, digoxina y propranolol. Los inhibidores de HMG-CoA reductasa pueden producir fotosensibilidad. La mayoría de los hipolipemiantes se inhiben con el zumo de pomelo.

Los fármacos OTC pueden potenciar o anular los efectos de la medicación prescrita.

Algunas plantas medicinales (p. ej., ginkgo, ginseng, bromelina) pueden afectar la hemorragia, coagulación, especialmente cuando se añaden a fármacos como clopidogrel o warfarina (aumentan la hemorragia). Otros (p. ej., espino) pueden incrementar los efectos de ciertos fármacos cardiovasculares.