

PROTOCOLO DE ATENCIÓN CARDIOLOGÍA – A. PRIMARIA ÁREA DE SALUD DE TUDELA

UNIDAD DE CARDIOLOGÍA, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (HOSPITAL REINA
SOFÍA DE TUDELA, NAVARRA)

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA,
NAVARRA)

Protocolo de Atención Cardiología – Atención Primaria en el Área de Salud de Tudela
Medicina Cardiovascular – 1DSEQ, Comunidad Foral de Navarra

Copyright © 2022

ISBN: 978-84-09-38253-8

Nº de registro: 2022011724

AUTORES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Oscar Alcalde Rodríguez
Gonzalo Luis Alonso Salinas
Teresa Borderías Villarroel
Elena Fernández Jarne
Octavio Jiménez Melo
Lorena Malagón López
Amaia Martínez León
Alba Sádaba Cipriain
Carolina Tiraplegui Garjón

COLABORADORA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Isabel Torres Courchourd

SUPERVISIÓN

Virginia Álvarez Asiain (Directora del Área del Corazón, Hospital Universitario de Navarra)
Sara Magaña Orta (Subdirectora de Atención Primaria)
María Teresa Rubio Obanos (Jefa de Servicio de Medicina Interna)

COORDINACIÓN (AUTOR DE CORRESPONDENCIA)

Gonzalo Luis Alonso Salinas (Gonzalo.Alonso.Salinas@navarra.es)

ABREVIATURAS (POR ORDEN ALFABÉTICO)

AAS: Ácido acetilsalicílico

ACa: Antagonistas del Calcio

ACO: Anticoagulación Oral

ACOD: Anticoagulantes Orales Directos

ACV: Accidente cerebrovascular

aGLP1: Agonistas del "glucagon like peptide" 1

AI: Aurícula Izquierda

AIT: Accidente isquémico transitorio

AP: Atención Primaria

ARA-II: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina-II

ARNI: Inhibidores de la Neprilisina combinados con Antagonistas de los Receptores de Angiotensina 2 (*por sus siglas en inglés*)

AV: Aurículo-Ventricular

BAV: Bloqueo AV

BNP: Péptido Natriurético tipo B

BRDHH: Bloqueo de Rama Derecha del Haz de His

BRIHH: Bloqueo de Rama Izquierda del Haz de His

CABG: Cirugía de revascularización coronaria (*por sus siglas en inglés*)

CI: Cardiopatía isquémica

CVE: Cardioversión Eléctrica

DAI: Desfibrilador Automático Implantable

DM: Diabetes Mellitus

ECG: Electrocardiograma

ECV: Enfermedad Cardiovascular

EF: Exploración Física

EHRA: Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (*por sus siglas en inglés*)

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ESC: Sociedad Europea de Cardiología (*por sus siglas en inglés*)

ETT: Ecocardiograma Transtorácico

EV: Extrasístole Ventricular

FA: Fibrilación Auricular

FC: Frecuencia Cardíaca

FEVI/FVI: Fracción de Eyección Ventricular Izquierda

FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular

HbA1c: Hemoglobina Glicosilada

HCE: Historia Clínica Electrónica

HTA: Hipertensión Arterial

HTP: Hipertensión Pulmonar

HRS: Hospital Reina Sofía

HUN: Hospital Universitario de Navarra

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

IC: Insuficiencia Cardíaca

IECA: Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina

IMC: Índice de Masa Corporal

INP: Interconsulta No Presencial

iP2Y12: Inhibidores del receptor plaquetario P2Y12

iSGLT2: Inhibidores del cotransportador Sodio-Glucosa 2

LDLc: Colesterol LDL

MAP: Médico de Atención Primaria

NTG: Nitroglicerina

NYHA: Asociación Neoyorkina del Corazón (por sus siglas en inglés)

PAD: Presión Arterial Diastólica

PAS: Presión Arterial Sistólica

Rx: Radiografía

SAoA: Síndrome Aórtico Agudo

SCA: Síndrome Coronario Agudo

SCACEST: SCA con elevación de ST

SCASEST: SCA sin elevación de ST

TA: Tensión Arterial

TEP: Tromboembolismo Pulmonar

TFG: Tasa de Filtrado Glomerular

TG: Triglicéridos

TRC: Terapia de Resincronización Cardíaca

TSH: Tirotrópina

TSV: Taquicardia Supraventricular

TV: Taquicardia Ventricular

VI: Ventrículo Izquierdo

ÍNDICE

1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.....	4
1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	4
1.2 DIABETES MELLITUS.....	5
1.3 DISLIPEMIA.....	6
2. DOLOR TORÁCICO	8
2.1 OBJETIVOS.....	8
2.2 DEFINICIONES.....	8
2.3 RECOMENDACIONES PREVIAS A DERIVACIÓN	8
2.4 DERIVACIÓN	9
3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE (SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO).....	11
3.1 ENTRADA EN ESTE GRUPO	11
3.2 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	11
3.3 CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE CARDIOLOGÍA/INP	14
3.4 RECOMENDACIONES ANTES DE REALIZAR INP.....	14
3.5 OBJETIVOS EN EL SEGUIMIENTO (PREVENCIÓN SECUNDARIA)	15
4. SÍNCOPE.....	17
4.1 TIPOS	17
4.2 FLUJO DE PACIENTES CON SÍNCOPE	18
4.3 DERIVACIÓN	18
5. PALPITACIONES	22
5.1 DIAGNÓSTICO	22
5.2 DERIVACIÓN	22
6. FIBRILACIÓN AURICULAR.....	24
6.1 ESCALAS DE MANEJO DE FIBRILACIÓN AURICULAR.....	24
6.2 MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR	25
6.3 CONTROL DEL RITMO VS CONTROL DE FRECUENCIA	25
6.4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN.....	26
6.5 RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	26
7. INSUFICIENCIA CARDIACA.....	27
7.1 EVALUACIÓN DE INICIO EN ATENCIÓN PRIMARIA:.....	27
7.2 CIRCUITO HOSPITALARIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA.....	29
7.3 SEGUIMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD DE LOS PACIENTES ESTABLES CON IC DERIVADOS PARA SEGUIMIENTO POR AP	31
8. VALVULOPATÍAS	32
8.1 OBJETIVOS ATENCIÓN PRIMARIA.....	32

8.2 DIAGNÓSTICO (SOPLO U OTROS HALLAZGOS).....	32
8.3 CRITERIOS DE DERIVACIÓN.....	33
8.4 SEGUIMIENTO	34
8.5 PRÓTESIS VALVULAR.....	37
8.6 PROFILAXIS ENDOCARDITIS INFECCIOSA	38
9. ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS ASINTOMÁTICAS.....	39
9.1 DERIVACIÓN DIRECTA AL SERVICIO DE URGENCIAS	39
9.2 DERIVACIÓN PRESENCIAL A CARDIOLOGÍA.....	39
9.3 DERIVACIÓN MEDIANTE INTERCONSULTA NO PRESENCIAL.....	39



1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores: Amaia Martínez León, Alba Sádaba Cipriain y Elena Fernández Jarne

1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición:

	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Consulta	≥ 140	y/o	≥ 90
Ambulatorio			
Durante el día	≥ 135	y/o	≥ 85
Durante la noche	≥ 120	y/o	≥ 70
Media 24 horas	≥ 130	y/o	≥ 80
TA media en casa	≥ 135	y/o	≥ 85

Objetivos:

Grupo edad	Objetivo TA en consulta (mmHg)				
	HTA	+ DM	+ ERC	+ CI	+ ACV/AIT
18-69 años	120-130	120-130	<140-130	120-130	120-130
	TA más baja si es bien tolerado				
≥ 70 años	< 140 mmHg, bajar de 130 mmHg si es posible				
	TA más baja si es bien tolerado				
Objetivo PAD	< 80 para todos los pacientes				

Recomendaciones para tratamiento:

Salvo HTA tipo I o edad > 80 años, **iniciar combinación** de IECA o ARA-II con ACa o diurético. **UN SOLO COMPRIMIDO DUAL.**

Segundo paso, combinación **triple** con IECA o ARA-II, ACa y diurético. **UN SOLO COMPRIMIDO TRIPLE.**

Tercer paso: Se considera hipertensión resistente. Se recomienda añadir 25/50 mg de **espironolactona** según función renal y valorar derivar a Nefrología. **DOS COMPRIMIDOS.**

Recomendaciones para derivación:

Como **primera opción valorar derivación a Medicina Interna o Nefrología** en caso de **ERC concomitante.**

En caso de **HTA resistente se puede valorar INP a Cardiología** para realización de ecocardiograma.

En caso de episodios de **hipotensión secundarios a tratamiento** de Cardiología por otro problema (IC, FA o cardiopatía isquémica) realizar **INP** con el objetivo de su modificación

1.2 DIABETES MELLITUS

Objetivos:

HbA1c < 7%. Para pacientes mayores o frágiles, objetivos laxos. Para pacientes jóvenes sin otros FRCV considerar HbA1c < 6,5%

Obesidad: Pérdida de al menos 10% de peso

Estilo de vida: Dejar de fumar, dieta baja en grasas saturadas y alto contenido en fibra, ejercicio físico aeróbico 30 min, 5 días y 2 entrenamientos de fuerza por semana.

Recomendaciones para tratamiento:

	Sin FRCV	Con IC previa/ERC	Con CI previa
Primera línea	Metformina	iSGLT2	aGLP1 o iSGLT2
Segunda línea	iSGLT2 o aGLP1	Metformina o aGLP1	Metformina

Utilizar **combinación de fármacos en un comprimido** siempre que sea posible.

Intentar fármacos orales en DM tipo 2 antes que insulina siempre que sea posible.

No está indicado el uso de AAS en prevención primaria.

Recomendaciones para derivación:

Si difícil control o no consecución de objetivos valorar derivar a endocrinología.

Si presentan **complicaciones derivadas** de tratamiento cardiológico por otras situaciones (ej. hipoglucemias en pacientes con iSGLT2 debido a IC), valorar **INP a Cardiología** para ajuste de tratamiento

1.3 DISLIPEMIA

Objetivos

(Para calcular el riesgo CV utilizar tablas en anexo, riesgo bajo)

	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Edad < 50 años	<2,5%	< 5%	< 7,5%
Edad 50 – 69 años	2,5 a < 7,5%	5 a < 10%	7,5 a <15%
Edad ≥ 70 años	≥ 7,5 %	≥ 10%	≥ 15%

En pacientes menores de 70 años:

	Objetivo Colesterol-LDL	Recomendación
Sin otros FRCV, riesgo bajo	-	No tratar
Riesgo moderado	< 100 mg/dl	Considerar tratamiento
Riesgo alto	< 70 mg/dl	Iniciar tratamiento
Riesgo muy alto o ECV establecida	< 55 mg/dl	Iniciar tratamiento
En DM y ECV	< 55 mg/dl	Iniciar tratamiento
En DM, > 40 años y alto riesgo	< 70 mg/dl	Iniciar tratamiento
En DM, ≤ 40 años	< 100 mg/dl	Considerar tratamiento

En todos los casos se recomienda utilizar estatinas de alta intensidad a la máxima dosis tolerada para alcanzar los objetivos de LDL-Colesterol

En pacientes mayores de 70 años:

Si tiene ECV establecida, tratar igual que los menores de 70 años salvo fragilidad o esperanza de vida esperable limitada.

En prevención primaria sólo iniciar si muy alto riesgo.

Iniciar siempre a la menor dosis posible e ir titulando lentamente hasta alcanzar objetivo.

Recomendaciones para tratamiento

Si no se consigue objetivo en < 3meses, añadir ezetimibe. PRIORIZAR PÍLDORA DUAL

Si no se consigue objetivo pese a estatina+ezetimibe, iniciar ácido bempedoico.

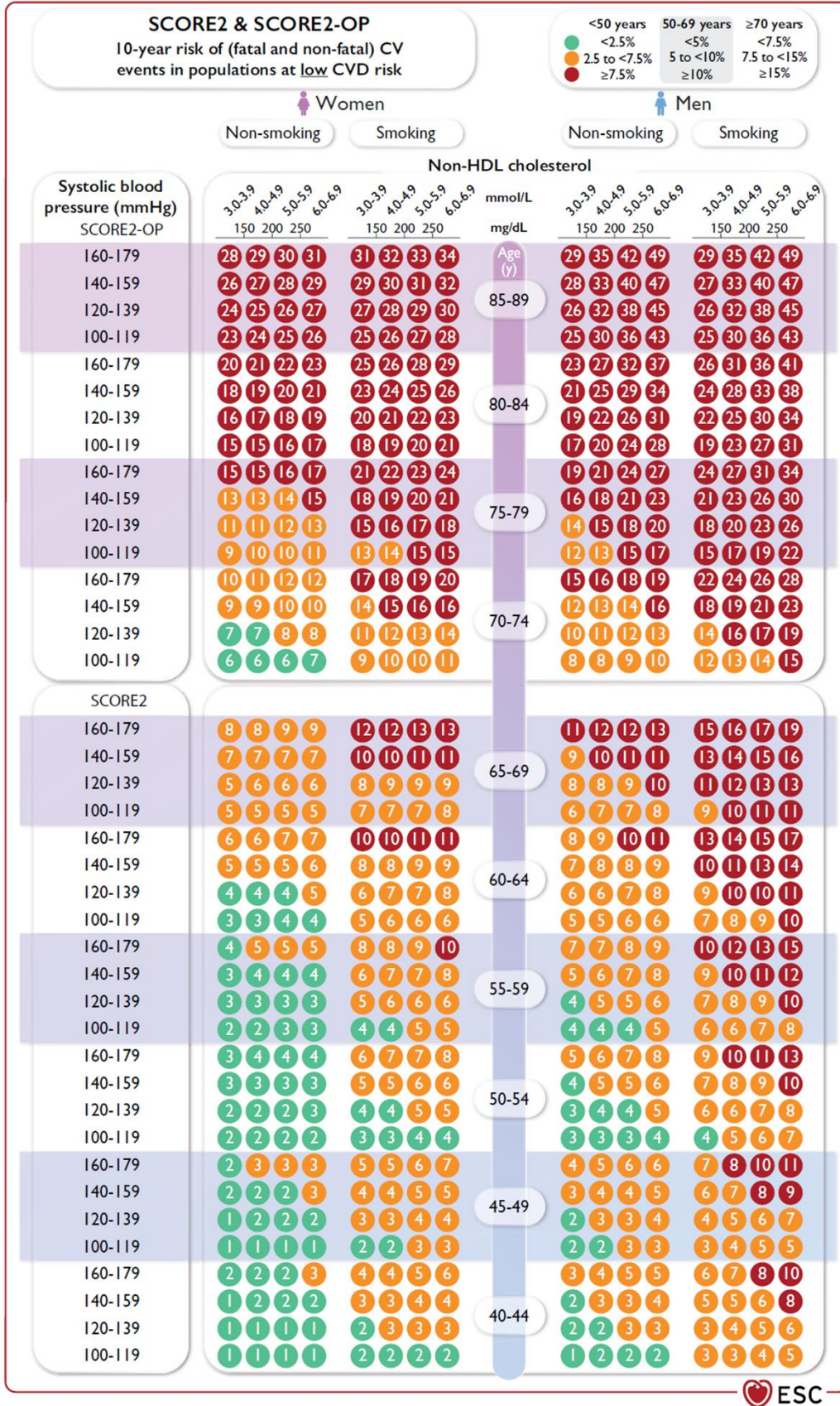
En prevención secundaria o muy alto riesgo si Colesterol-LDL > 100 mg/dl pese a tratamiento, solicitar INP a Endocrinología para inicio de anti-PCSK9

Si no se toleran estatinas, valorar ezetimibe como primera opción y ácido bempedoico como segunda.

Nunca tratar con estatinas a pacientes embarazadas o con previsión de estarlo.

Hipertrigliceridemia: Tratar con estatinas a pacientes con riesgo alto y TG > 200 mg/dl. Si se mantiene > 200 mg/dl, valorar añadir fenofibrato o bezafibrato

ANEXO. Tablas SCORE2-SCORE2 OP publicadas por la ESC en 2021



2. DOLOR TORÁCICO

Autores: Lorena Malagón López, Alba Sádaba Cipriain y Octavio Jiménez Melo.

2.1 OBJETIVOS

Mejorar la atención ambulatoria al paciente con dolor torácico.
Fomentar el trabajo interdisciplinar entre AP y Cardiología.
Evitar consultas innecesarias.
Disminuir tiempos de atención de pacientes de riesgo.

2.2 DEFINICIONES

Dolor anginoso: Dolor centrotorácico o precordial izquierdo, opresivo, señalado con la mano abierta o el puño cerrado (NO a punta de dedo). Puede estar irradiado a brazo izquierdo o menos frecuentemente a brazo derecho, cuello, mandíbula, hombro izquierdo, espalda y/o epigastrio. No se modifica con la tos, respiración, movimientos torácicos o ejerciendo presión en la zona afectada. Aparece con los esfuerzos y cede con el reposo o el empleo de NTG sublingual, habitualmente en menos de 15 min.

Dolor torácico típico: Cumple estas 3 características:
Dolor opresivo en el pecho, cuello, mandíbula, hombro o brazo.
Provocado con el esfuerzo o con labilidad emocional.
Se alivia con reposo con nitroglicerina.

Dolor torácico atípico (para angina): Cumple 2 de las 3 características previamente descritas.

Dolor no coronario: Cumple 1 o ninguna de las características descritas previamente.

2.3 RECOMENDACIONES PREVIAS A DERIVACIÓN

Aquellos pacientes que son derivados de forma preferente o normal a consulta de Cardiología por dolor torácico deben adjuntar:

Analítica de sangre (y orina si el paciente es diabético): hemograma, coagulación si están bajo tratamiento con anticoagulantes, bioquímica básica, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, hepático, CK, perfil tiroideo.

Electrocardiograma. Asegurarse que está digitalizado en HCE.

Radiografía de tórax reciente (tras el inicio de los síntomas o en el último año si los síntomas son de larga evolución).

Pacientes con dolor torácico >30 días de evolución, sin signos de progresión, en caso de estar bajo tratamiento anticoagulante, no añadir AAS.

2.4 DERIVACIÓN

Dolor torácico < 30 días o progresión del mismo

Descartar SCA (SCASEST o SCACEST). Tener en cuenta:

Características del dolor y probabilidad pretest (PPT) (Tabla). Aumenta la PPT los antecedentes de cardiopatía isquémica y los FRCV, así como los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz.

Realizar ECG (en menos de 10 min si presenta dolor):

Activación de código infarto (llamada 112) en pacientes con dolor y elevación de ST (realizar derivaciones posteriores y derechas en descensos de ST en cara inferior o V1-V3).

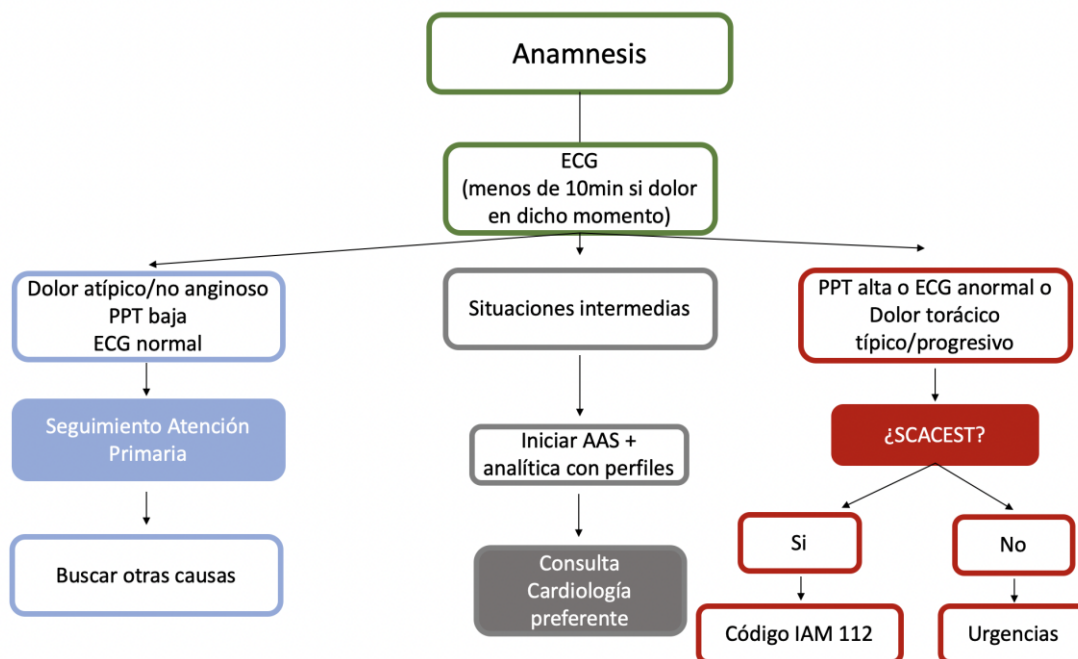
Derivación a Urgencias en dolor torácico de reposo sugestivo de anginoso y PPT intermedia o alta, aunque en el ECG no presente cambios aparentes.

Derivación a Urgencias por dolor torácico sin elevación del ST en aquellos pacientes con alteraciones ECG sugestivas de isquemia aguda.

Derivar a Urgencias (además de los casos anteriores): Dolor torácico de esfuerzo de aparición reciente (<1 mes) que aparezca con pequeños o moderados esfuerzos o que haya progresado en los últimos 30 días, es decir, disminuido el umbral de esfuerzo (cada vez aparece con menores esfuerzos) o son más prolongados (a pesar de parar la actividad o uso de NTG tarda más en ceder o no cede)

Aquellos pacientes con **baja PPT y ECG normal**, búsqueda de otras causas **no cardiacas**.

Aquellas situaciones **intermedias** que no se encuentren en los casos anteriores, solicitar consulta en Cardiología mediante **INP**.



Algoritmo de **dolor torácico de < 30 días** de evolución o que haya progresado en los últimos 30 días.

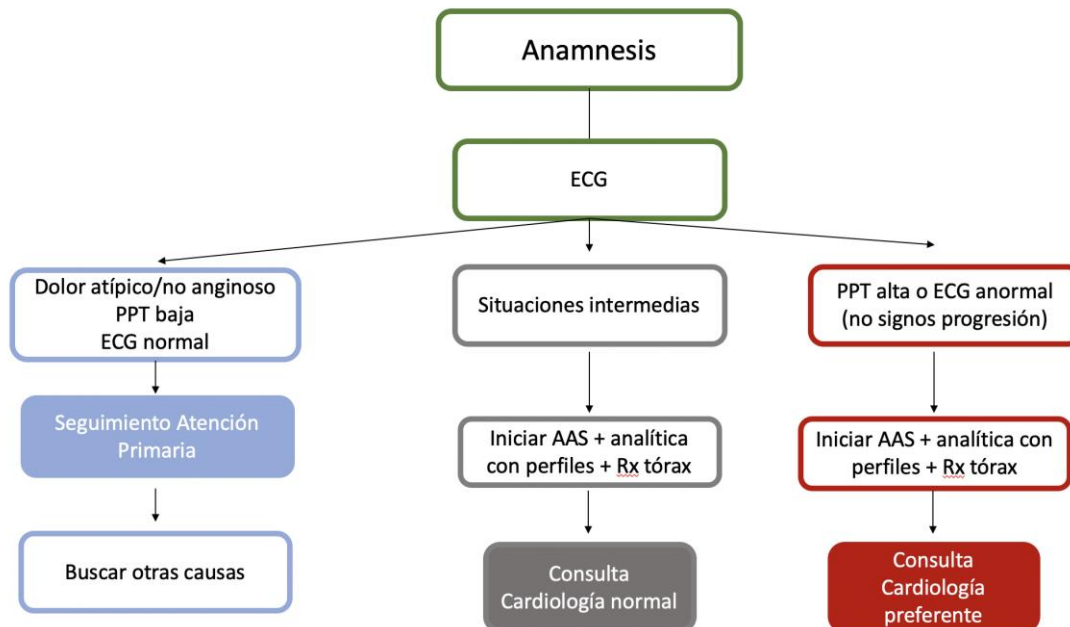
Dolor torácico > 30 días sin progresión del mismo

Descartar signos de progresión (en dicho caso, utilizar algoritmo anterior), realizar ECG y calcular PPT (Tabla):

Probabilidad pretest >15% que sugiera etiología coronaria o con **ECG anormal** (compatible con cardiopatía isquémica), derivar a Cardiología de forma **preferente**.

Probabilidad pretest 6-15% con ECG normal. **INP** para seguimiento en Cardiología.

Probabilidad pretest <5% y **ECG normal**. Seguimiento en AP y búsqueda de otras causas. Derivar (**mediante INP**) sólo si el dolor es típico y presenta FRCV adicionales*.



Algoritmo de dolor torácico de >30 días de evolución sin progresión en los últimos 30 días.

Edad (años)	Típica		Atípica		No anginosa	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%
> 70	52%	27%	34%	19%	24%	10%

Probabilidad pretest de cardiopatía isquémica.

Probabilidad <5%, no precisan estudios adicionales. Estudiar únicamente si dolor típico y FRCV adicionales* (**INP**).

Probabilidad 6-15%, se valorará la realización de estudios adicionales.

Probabilidad >15%, precisarán estudios adicionales.

*FRCV adicionales que aumentan la probabilidad pretest:

Presencia de FRCV: tabaquismo, dislipemia, DM, HTA, obesidad. Riesgo más elevado si el factor de riesgo es el tabaquismo o DM, o si hay varios FRCV asociados.

Antecedentes ECV: personal o familiar con cardiopatía isquémica precoz (hombres < 55 años o mujeres < 60 años).

3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE (SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO)

Autores: Alba Sádaba Cipriain, Octavio Jiménez Melo y Lorena Malagón López

3.1 ENTRADA EN ESTE GRUPO

1. Tras Síndrome Coronario Agudo (desde el ingreso hospitalario).
2. Tras intervencionismo coronario percutáneo (desde hemodinámica).
3. Tras cirugía de revascularización coronaria (desde el alta de cirugía cardíaca).
4. Revascularización coronaria incompleta.
5. Decisión de manejo conservador en pacientes con dolor torácico o disnea con isquemia inducible en la prueba de detección de isquemia.
6. Angina estable.
7. Asintomáticos con enfermedad coronaria en cribado o con isquemia silente.
8. Angina vasospástica y enfermedad microvascular.

3.2 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

GRUPOS QUE REÚNEN LOS CRITERIOS 1-3 (TRAS SCA Y TRAS REVASCULARIZACIÓN)

- 1ª consulta tras alta en **Rehabilitación Cardíaca** (Cardiología, HUN/HRS), 2-3 meses y 12 meses.

Después:

Asintomático con FEVI normal: Seguimiento por Atención Primaria anual.

Síntomas sugestivos de isquemia: Remitir a consulta en Cardiología.

Disfunción sistólica: Seguimiento en consulta de Cardiología.

GRUPO 4 (REVASCULARIZACIÓN CORONARIA INCOMPLETA)

- 1ª consulta a los 2-3 meses y a los 12 meses.

Después:

A 12 meses **asintomático sin datos de isquemia**, seguimiento Atención Primaria.

Si datos de isquemia: Remitir a Cardiología.

GRUPO 5 (DOLOR TORÁCICO E ISQUEMIA)

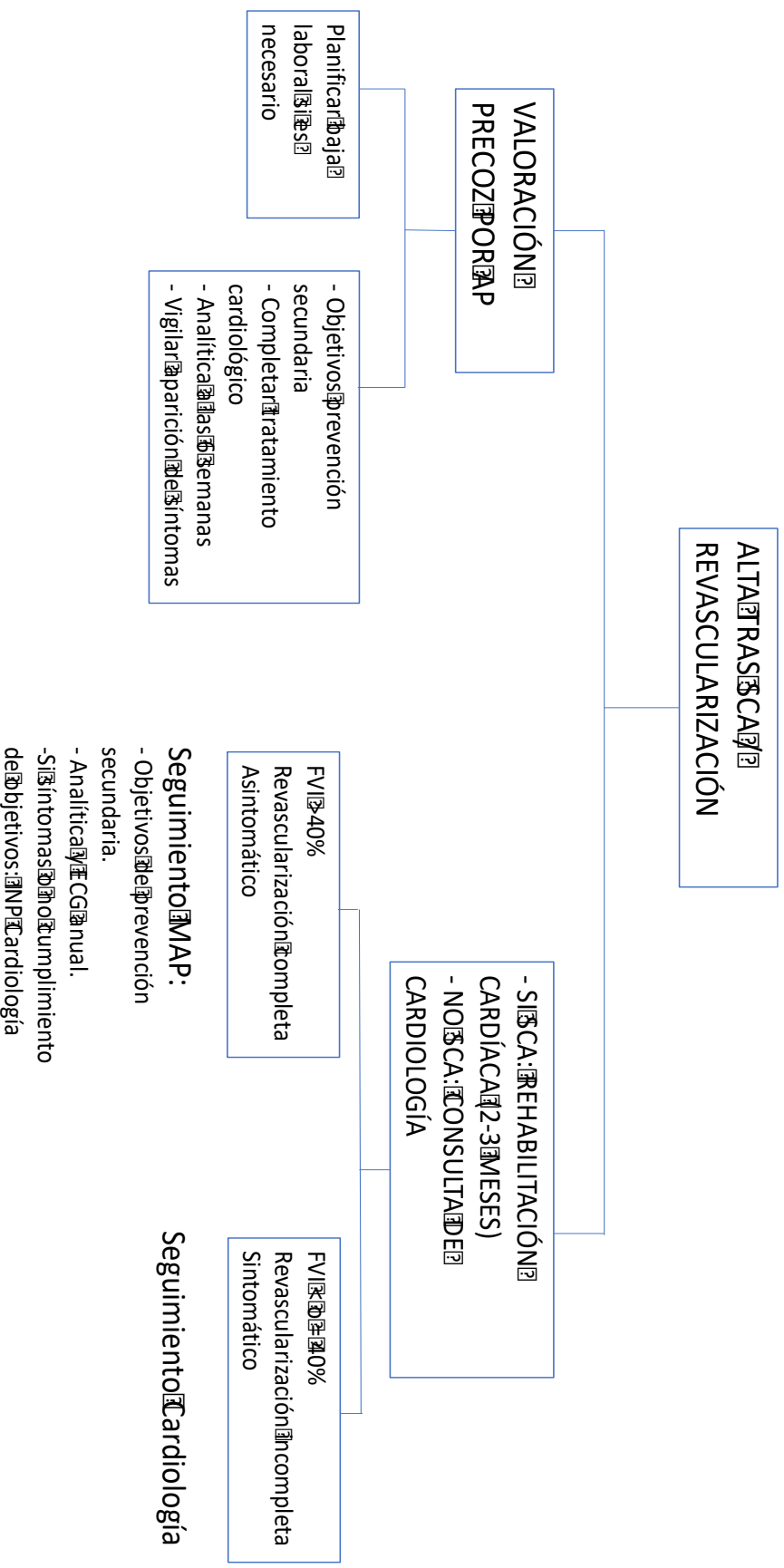
- **Prueba de isquemia de buen pronóstico y paciente estable:** Seguimiento por Atención Primaria.
- **Prueba de isquemia de mal pronóstico:** Seguimiento en Cardiología.

GRUPO 6 Y 7 (ANGINA ESTABLE; ASINTOMÁTICOS CON ENFERMEDAD CORONARIA EN CRIBADO O CON ISQUEMIA SILENTE)

- **Asintomático, FEVI normal y prueba de isquemia negativa:** Seguimiento por Atención Primaria.
- **Síntomas de isquemia:** Prueba de isquemia (INP) --> **Mal pronóstico:** Remitir a Cardiología (INP)

GRUPO 8 (ANGINA VASOESPÁSTICA Y ANGINA MICROVASCULAR)

- **Seguimiento en Cardiología si angina no controlada.** Estabilidad clínica: Atención primaria



* Todos los seguimientos de cardiología al año

3.3 CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE CARDIOLOGÍA/INP

Disnea o empeoramiento de su grado funcional basal, **descartada causa no cardiológica***.
Dolor torácico anginoso o empeoramiento de su angina (menor umbral o mayor frecuencia) *.
Palpitaciones (sospecha de FA/TSV/TV): Consulta preferente o Urgencias.
Síncope de perfil cardiogénico: Urgencias

En caso de dudas en tratamiento, objetivos o ECG, realizar **INP a Cardiología**.

***Si patología conocida y/o seguimiento en Cardiología**: Contactar **SIEMPRE** mediante **INP**

3.4 RECOMENDACIONES ANTES DE REALIZAR INP

Describir los **síntomas** del paciente y hallazgos en la **exploración**.

Confirmar que tiene **ECG digitalizado** en la historia clínica electrónica.

Analítica reciente que incluya: **hemograma, función renal e iones, perfil lipídico y HbA1c**. En caso de disnea o sospecha de insuficiencia cardíaca añadir **BNP**.

3.5 OBJETIVOS EN EL SEGUIMIENTO (PREVENCIÓN SECUNDARIA)

Dieta	Dieta mediterránea. Limitar la ingesta energética a la cantidad de energía necesaria para mantener/conseguir un peso corporal adecuado (IMC <25)
Actividad física	Ejercicio físico regular: Al menos 30 minutos (5 días/semana) intensidad moderada. Recomendar rehabilitación cardíaca.
Hábito tabáquico	Preguntar sobre consumo de tabaco y aconsejar abstinencia. Ofrecer programa de deshabituación en pacientes refractarios (idealmente en programas de rehabilitación cardíaca)
Vacunación	Antigripal anual. Vacunación antineumocócica a los mayores de 65 años o en caso de cardiopatía grave.
Presión arterial Frecuencia cardíaca	Objetivos de tratamiento: En general <140/90 mmHg En general <70 lpm. ECG anual.
Obesidad	Para personas obesas o con sobrepeso (o si la cintura mide >102 cm en hombres o >88 cm en mujeres), se recomienda la reducción del peso corporal. Objetivo inicial: Pérdida de peso del 10%
Lípidos	Estatinas SIEMPRE indicadas. 2º Escalón: ezetimibe y/o ác. bempedoico. Objetivo LDLc <55mg/dl. Controles analíticos al menos anuales Triglicéridos >200mg/dl con estatinas, añadir fibratos (sin quitar estatina)
Diabetes mellitus	Objetivo HbA1c <7,0%. Perfil CV favorable: Metformina + iSGLT2 (empaglifozina, canaglifozina o dapaglifozina) y aGLP1 (semaglutida, dulaglutida, liraglutida) Antidiabéticos no aconsejados: Sulfonilureas, saxagliptina o glitazonas.
Tratamiento antitrombótico	AAS (70-100 mg/día) indefinida en todos los pacientes. Clopidogrel (75 mg/día) sustituye AAS en pacientes intolerantes. Doble antiagregación plaquetaria (AAS + iP2Y12) durante 12 meses , hayan sido tratados o no con stent. En pacientes con ACO, triple terapia con duración lo más corta posible (1 semana). Uso de ACOD frente a acenocumarol (financiado 1 año) y antiagregante (Clopidogrel o AAS) hasta 12 meses. A partir de 12 meses, mantener solo ACO (no financiados ACOD)

Vida sociolaboral	Si el paciente está de baja laboral, indicar si debe permanecer de baja o se puede incorporar al trabajo
Betabloqueantes	Siempre con disfunción sistólica de VI, IC, arritmias y angina de esfuerzo. Considerar en los demás. Si disfunción eréctil Nebivolol
IECA/ARA-II/ARNI	Siempre en pacientes con disfunción sistólica de VI, IC, HTA y DM. Considerar en los demás pacientes
Antialdosterónicos	FEVI deprimida + IC/DM. Cuidado con hiperpotasemia y ERC.
iSGLT2	En DM. En no DM como tratamiento IC.
Administración	Se recomienda polipíldora siempre que sea posible.
Conducción no profesional de vehículos	En ningún caso si síntomas de pequeño esfuerzo o reposo Tras SCA: esperar 3 semanas Tras cateterismo programado: esperar 1 semana Tras CABG: esperar 6 semanas

MENSAJES CLAVE

Objetivos: Vigilancia de síntomas, seguimiento de objetivos de prevención secundaria y optimizar el tratamiento médico.

Los pacientes asintomáticos, con revascularización completa y con función ventricular conservada tendrán seguimiento desde AP.

En los casos señalados en la guía clínica se realizará vía INP derivación/valoración por Cardiología. **Siempre se intentará realizar INP como primera opción.**

4. SÍNCOPE

Autores: Teresa Borderías Villarroel, Oscar Alcalde Rodríguez y Carolina Tiraplegui Garjón

Pérdida de conciencia **transitoria (< 30 segundos)**, **espontánea** (no traumática) con **recuperación rápida** sin secuelas, y debida a hipoperfusión global cerebral.

4.1 TIPOS

1. NEUROMEDIADO O REFLEJO

Vasovagal: Ortostático o emocional.

Situacional: Micción, gastrointestinal (tragar, defecar), tos/estornudos, tras ejercicio, reír, tocar instrumentos de viento...

Síndrome **del seno carotídeo**.

Formas **atípicas** (sin pródromos o desencadenantes aparentes o presentación atípica).

2. POR HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA (HO)

HO inducida por **fármacos** (causa más frecuente).

Depleción de volumen.

Disfunción autonómica primaria (causas neurológicas): Disfunción autonómica pura, atrofia sistémica múltiple, enfermedad de Parkinson, demencia con cuerpos de Lewy

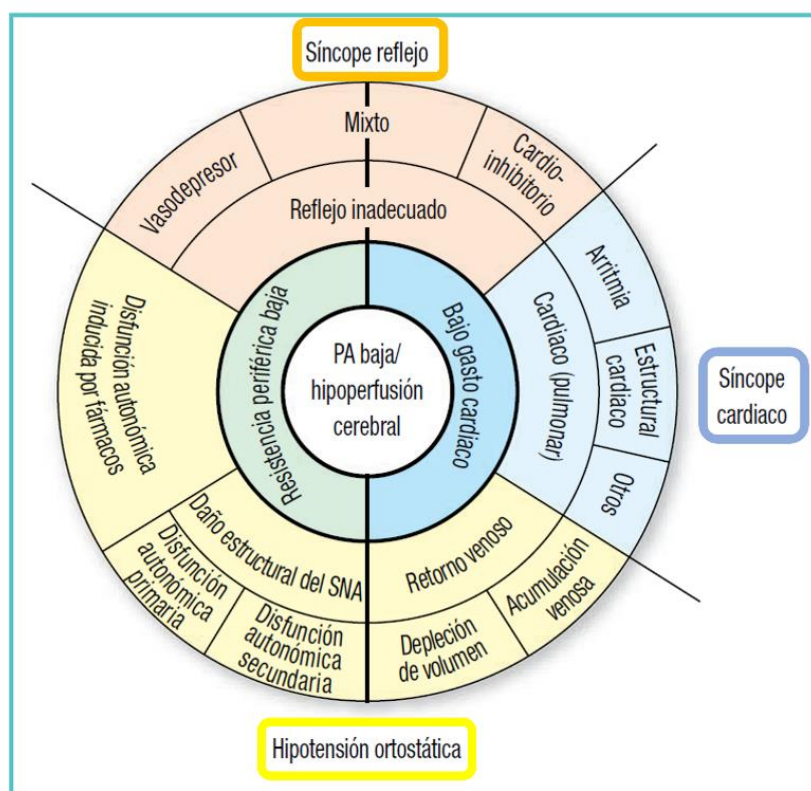
Disfunción autonómica secundaria (causas no neurológicas): Diabetes, amiloidosis, lesiones de la médula espinal, neuropatía autonómica.

3. CARDIOGÉNICO

Arritmia (bradicardia o taquicardia)

Cardiopatía estructural (valvular, isquémica, masas, pericardio...)

Enfermedad **cardiopulmonar y de grandes vasos** (TEP, SAoA, HTP...)



4.2 FLUJO DE PACIENTES CON SÍNCOPE



4.3 DERIVACIÓN

1. URGENCIAS por riesgo de eventos inmediatos en paciente con síncope

Signos de IC.

Reciente (<72h) y sugerente de cardiopatía y/o alto riesgo.

Inestabilidad hemodinámica.

Bradicardia (FC<40 lpm) o taquicardia (>100 lpm). Individualizar si FC alta habitual (FA).

Bloqueo AV de 2 grado tipo II o completo en ECG en la consulta.

Taquiarritmia supraventricular o ventricular en ECG en la consulta.

2. CONSULTA DE CARDIOLOGÍA tras primera visita en AP

Datos en anamnesis y exploración física

Síncope de esfuerzo (si es reciente, <72h, derivar a Urgencias).

Síntomas sugestivos de origen cardiogénico (si es reciente, <72h, derivar a Urgencias).

Síncope **recurrentes** no filiados sin datos sugestivos de cardiopatía. **(Vía INP)**.

Antecedentes familiares de **muerte súbita**.

Cardiopatía conocida **(Vía INP)**.

Soplo a estudio **(Vía INP)**.

Datos en ECG (en concordancia con la clínica sugestiva de síncope cardiogénico)

Trastorno de conducción AV **superior a BAV de primer grado aislado**.

Trastornos de conducción intraventricular: **BRIHH o BRDHH**. (No HBA/HBP aislados).

Extrasistolia ventricular frecuente o TV no sostenida.

Alteraciones de la repolarización: T negativas en precordiales más allá de V2, BRDHH con ascenso de ST en V1-V2, QT corregido >440 ms o < 360 ms.

Preexcitación ventricular (presencia de onda delta).

Signos sugestivos de cardiopatía isquémica.

Antes de derivar a consulta de Cardiología o realizar INP

Digitalizar el ECG.

Análítica reciente. Sospecha de cardiopatía estructural asociada o IC añadir BNP, y en caso de FA, añadir TSH.

La derivación con clínica sugestiva de origen cardiogénico es PREFERENTE.

3. CARDIOLOGÍA tras alta hospitalaria o desde Urgencias

Recurrencias frecuentes/graves pese a estudio cardiológico negativo.

Nuevos datos clínicos, exploración física o ECG que sugieran síncope cardiológico.

4. Seguimiento en Atención Primaria de paciente con síncope

Síncope aislado no sugestivo de origen cardiovascular.

Síncope aislado o poco frecuente sugestivo de neuromediado (ver ANEXO)

Síncope cardiogénico, estudiado y tratado, que no precisa seguimiento de Cardiología.

ANEXO

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON SÍNCOPE REFLEJO O NEUROMEDIADO.

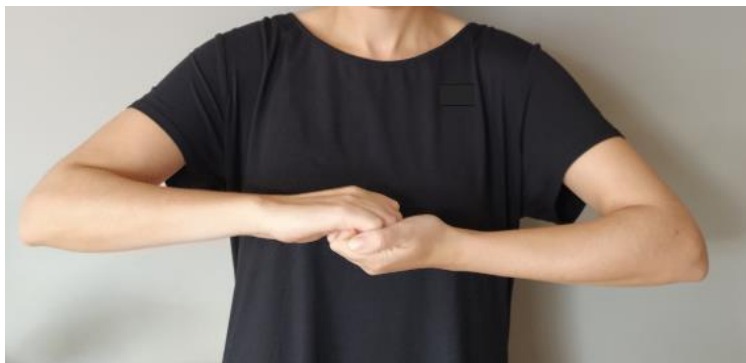
El síncope vasovagal es frecuente en la población. Aunque se trata de un **proceso benigno**, lo más grave son las caídas en las que se puede hacer daño. Por consiguiente, debe estar alerta a la posibilidad de que ocurra, reconocerlo y, de ser posible, evitarlo.

Existen otras causas de síncope que no son la vasovagal y que tienen importancia: **consulte** a un médico cuando le ocurra un síncope.

Aunque no siempre, muchas personas presentan el síncope vasovagal ante determinadas situaciones, por ejemplo, un día de fiebre, de malestar digestivo, al ir a hacer un análisis de sangre, tras una comida abundante, en ambientes de calor, ante un disgusto o una impresión fuerte, estando de pie largo rato (por ejemplo, haciendo una cola), al levantarse a orinar por la noche. Si Ud. consigue **identificar la circunstancia** que favorece el síncope, podrá tomar sus precauciones.

En ocasiones los **síncopes previos** han sucedido hace años, incluso en la juventud, ese dato ayuda al médico y le puede ayudar a Ud.

Si en un momento dado **reconoce los síntomas** que preceden al síncope (mareo, calor, sudor, indisposición), intente estirarse de inmediato en **posición horizontal** (mejor que un acompañante le levante las piernas). Si no es posible, póngase en cuclillas o, al menos, apoye su espalda en una pared y deslícese hacia abajo lentamente hasta sentarse. Además, puede realizar asociadas las llamadas **maniobras de contrapresión** que consisten en entrelazar fuertemente las manos y tensionar los brazos extendiéndolos con fuerza y/o cruzar las piernas tensionando los glúteos (ver imágenes).



Algunas personas, al notar el síntoma inicial, intentan “huir” (levantarse apresuradamente e ir al baño o al exterior), lo que es un error porque favorece la caída y el impacto con un objeto sólido (el lavabo, por ejemplo)

Este tipo de síncope en algunas personas ocurren más a menudo cuando se modifica la **rutina** (tras dormir poco, en un viaje, en una comida fuera de casa). Intente evitar, en lo posible, estas circunstancias.

No permanezca de pie durante largo rato (en una cola, en un acto público, en misa). Si las circunstancias le llevan a ello, intente moverse, caminar, flexionar las piernas, ponerse en

cuclillas. No se levante bruscamente, especialmente por la noche para ir a orinar (los hombres que hayan tenido síncope al orinar, deben hacerlo sentados).

Algunas personas presentan el síncope en un restaurante o comida fuera de casa (es lo que se conoce popularmente como “corte de digestión”). **Evite** comedores calurosos, comidas copiosas y beber alcohol antes de que le sirvan el plato o en abundancia.

Algunas personas (sobre todo las que se les hinchan los tobillos) mejoran de los síncope con calcetines altos elásticos (hasta rodilla) o **medias elásticas** (tipo panty, hasta cintura).

5. PALPITACIONES

Autores: Elena Fernández Jarne, Teresa Borderías Villarroel y Óscar Alcalde Rodríguez

5.1 DIAGNÓSTICO

En AP, recoger historia, EF, ECG y análisis

Historia

FRCV (muy importante HTA previa).

ECV previa si/no y cuál. Historia previa de arritmias y tratamiento si procede.

Anamnesis de las palpitaciones:

Tiempo de evolución, **frecuencia** de aparición, **duración** de los episodios (seguidas o con tiempo sin ellas y reaparición posterior, síntomas acompañantes (mareo, síncope, dolor torácico, disnea, otros...), **situaciones** que desencadenan/empeoran o que las quitan/mejoran, diurnas vs nocturnas.

En caso de palpitaciones sostenidas: **comienzo y fin** súbito vs progresivo, **regulares/rítmicas vs irregulares/arrítmicas**.

Situación basal del paciente: Vida activa/ejercicio habitual, con/sin síntomas (disnea, dolor torácico, palpitaciones similares a las del motivo de consulta o diferentes).

Exploración física: TA, datos de IC.

ECG: Basal, y si es posible FUNDAMENTAL durante episodio de palpitaciones.

Si ECG muestra fibrilación auricular -> seguir algoritmo específico.

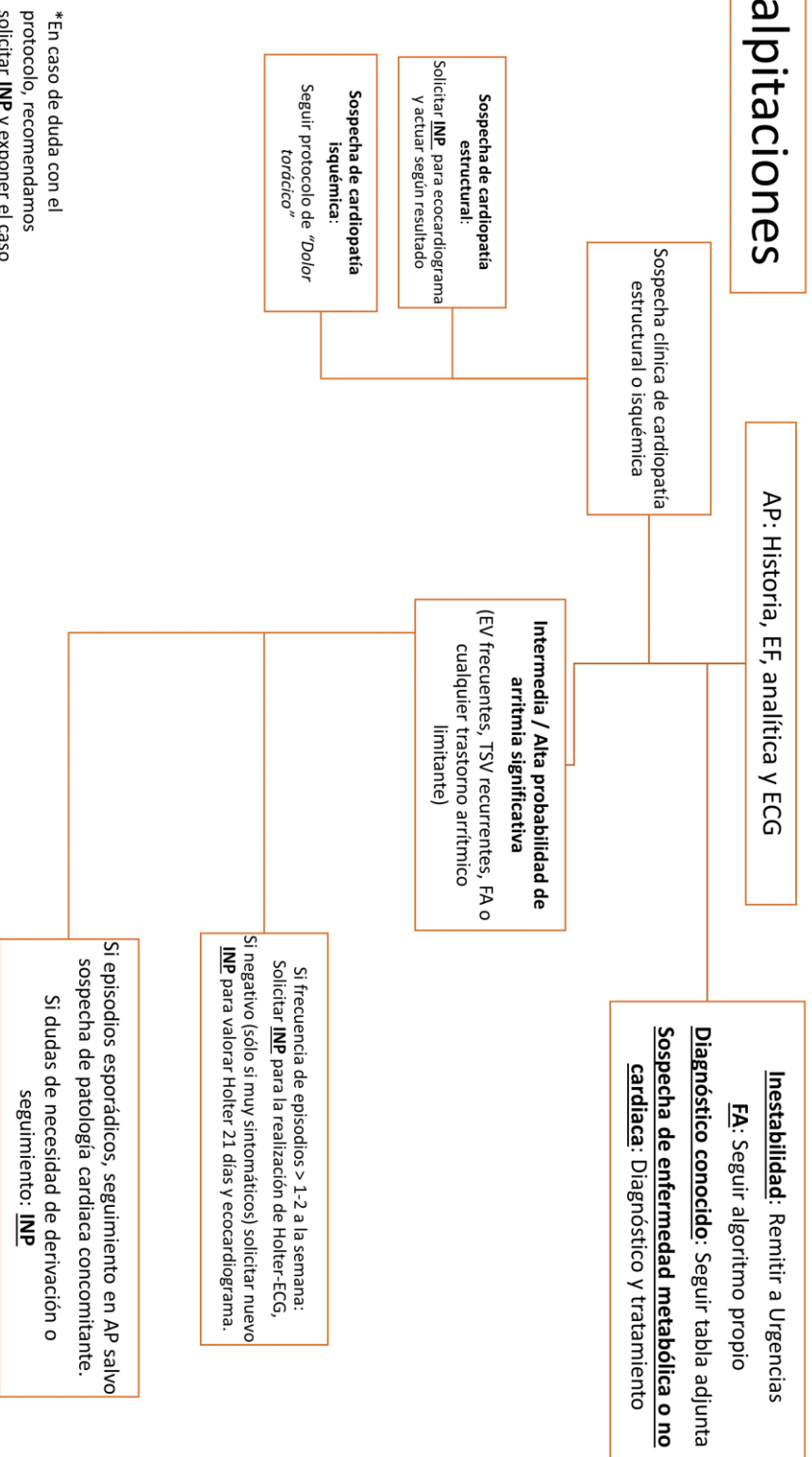
Análisis: Hemograma, ionograma y función renal, TSH. BNP si el paciente refiere disnea.

Troponina tras uno de los episodios si > 10-15 min con dolor torácico.

5.2 DERIVACIÓN

Remitir a Urgencias	Si compromiso clínico/hemodinámico
	Taquicardia Ventricular (sostenida o no)
	Taquicardia supraventricular incesante
	Alteraciones sintomáticas de la conducción
Remitir a Cardiología (NO PREFERENTE)	EV Frecuentes (>6/min), acopladas al ritmo sinusal, focos múltiples y organizadas en dobletes o tripletes
	Taquicardias supraventriculares recurrentes y autolimitadas
	FA: Seguir el protocolo de FA
No remitir	Extrasistolia supraventricular independientemente de su frecuencia
	Extrasistolia ventricular esporádica
	Taquicardias supraventriculares aisladas con ECG basal normal

Palpitaciones



*En caso de duda con el protocolo, recomendamos solicitar **INP** y exponer el caso

6. FIBRILACIÓN AURICULAR

Autores: Oscar Alcalde Rodríguez, Teresa Borderías Villarroel y Elena Fernández Jarne

Diagnóstico: Ausencia de onda p y ritmo irregular. Asegurar que el ECG está digitalizado en Historia Clínica Electrónica

Manejo Inicial: Historia clínica, exploración física, ECG, analítica (hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas)

6.1 ESCALAS DE MANEJO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Escala de síntomas (EHRA)

EHRA modificada	Síntomas	Descripción
1	Ninguno	La FA no causa síntomas
2a	Leves	La actividad diaria normal no está afectada por síntomas de la FA*
2b	Moderados	La actividad normal no está afectada por síntomas de la FA, pero los síntomas suponen un problema para el paciente
3	Graves	La actividad diaria normal está afectada por los síntomas de la FA
4	Discapacitantes	Se interrumpe la actividad diaria normal

* Las clases 2a y 2b se diferencian evaluando si los síntomas afectan a la funcionalidad del paciente. Síntomas: Disnea, palpitaciones, mareos, angina/dolor torácico, fatiga, mareo, síncope...

Escala de riesgo embólico CHADS₂-VA₂Sc

Factor de riesgo	Puntuación
<i>Insuficiencia Cardíaca Congestiva</i> Signos/síntomas de IC o evidencia objetiva de FEVI reducida	+1
<i>Hipertensión</i> Presión arterial en reposo > 140/90 mmHg en al menos dos ocasiones o tratamiento antihipertensivo en curso	+1
<i>Edad entre 64 y 75 años</i>	+1
<i>Diabetes Mellitus</i> Glucosa en ayunas >125 mg/dl o tratamiento hipoglucemiante oral y/o insulina	+1
<i>ACV, AIT o tromboembolia previos</i>	+2
<i>Enfermedad vascular</i> Infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o placa aórtica previos	+1
<i>Edad ≥ 75 años</i>	+2
<i>Categoría de sexo (femenino)</i>	+1

TODOS valorar iniciar anticoagulación:

Indicado en puntuación de ≥1 en hombres y ≥2 en mujeres

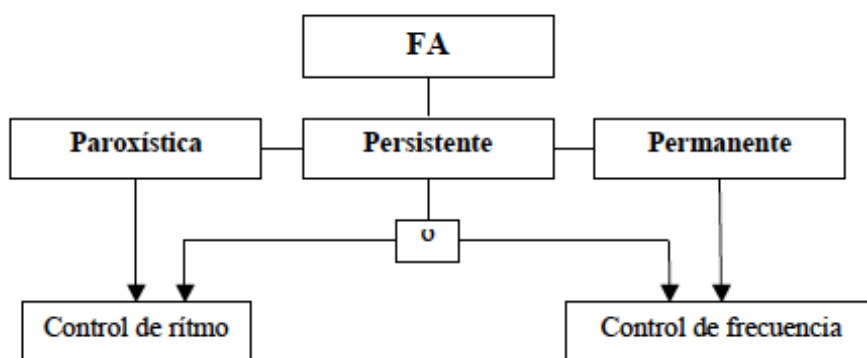
Valorar tratamiento frenador si FC > 80-90 lpm

6.2 MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Medidas educacionales en pacientes con FA

- Evitar alcohol, tabaco y otras drogas
- Evitar estimulantes (café, té, Coca-Cola...)
- Evitar bebidas gaseosas
- Evitar esfuerzos extenuantes
- Evitar comidas copiosas en especial con grasas
- Evitar acostarse poco después de la ingesta
- Mantenerse en su peso ideal, no ganar peso
- Intentar controlar las situaciones de stress
- Evitar la fiebre o tratarla lo más precozmente posible

6.3 CONTROL DEL RITMO VS CONTROL DE FRECUENCIA



Control del ritmo preferente en:

- Pacientes sintomáticos por la FA
- Jóvenes (<65 años)
- Clínica de IC acompañante
- FA secundaria a causa tratable (ej. contexto de infección o cirugía)

Control de la frecuencia preferente en:

- Asintomáticos
- Mayores de 65 años
- Sin IC
- Con cardiopatía isquémica
- Contraindicación para CVE
- FA de larga evolución o AI dilatada

Fármacos para el control del ritmo

Fármaco	Dosis inicial	Dosis recomendadas
Amiodarona	200 mg/día	100-400 mg/día
Flecainida	50-100 mg/12h	200-300 mg/día
Sotalol	80-160 mg/12h	160-320 mg/día
Propafenona	150/300 mg/8h	450-900 mg/día

Fármacos para el control de la FC

Fármaco	Dosis inicial	Dosis recomendadas
Propranolol	20 mg/8h	80-240 mg/día
Atenolol	25-50 mg/12h	50-200 mg/día
Bisoprolol	2,5-5 mg/día	5-10 mg/día
Diltiazem	60 mg/8h	120-360 mg/día
Verapamil	60 mg/12h	120-360 mg/día
Digoxina	0,5 mg/día	0,5 mg/día

6.4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Derivación a Cardiología:

*Todos los pacientes con FA para valorar patrón FA, cardiopatía estructural y decidir estrategia de tratamiento (control ritmo o frecuencia). **NO TODOS LOS PACIENTES TIENEN QUE SER VISTOS PRESENCIALMENTE.***

Forma de derivación:

INP: Mayores de 80 años (derivar al crónico de Medicina Interna como primera opción). Asintomático o con comorbilidad severa (sin beneficio de tratamiento dirigido). FA ya conocida. Probable control de frecuencia.

Por parte de Cardiología se programará un ecocardiograma y el seguimiento se hará en Atención Primaria o Medicina Interna.

DERIVACIÓN PRESENCIAL: Síntomas (leves o moderados). Jóvenes (<65 años). Probable control de ritmo sin cardiopatía de base. Insuficiencia cardíaca o cardiopatía estructural por ecocardiograma.

Derivación a Urgencias:

Síntomas severos: angina, disnea, síncope

Frecuencia incontrolable **>120-130 lpm pese al uso de fármacos frenadores o FA lenta (<50lpm) y sintomática**

Ictus o AIT

6.5 RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Revisar los criterios de anticoagulación de manera periódica y recomendar el tratamiento apropiado.
- AAS no reduce el riesgo embólico y no mejora el pronóstico en pacientes con FA.
- Se recomienda ECG anual y control de frecuencia cardíaca

7. INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Amaia Martínez León, Lorena Malagón López y Carolina Tiraplegui Garjón

Colaboración de Medicina Interna: Isabel Torres Courchourd.

La IC es un síndrome clínico que presenta:

Signos y síntomas (Tabla) causados por una anomalía estructural y/o funcional cardíaca (determinada por FEVI<50%, dilatación de cavidades cardíacas, disfunción diastólica, hipertrofia ventricular o lesión valvular moderada/severa)

Corroborado por al menos uno de los siguientes:

Péptidos natriuréticos elevados

Evidencia objetiva de congestión pulmonar o sistémica (pej. Rx, ETT...)

Síntomas de IC	Signos de IC
Disnea	Presión venosa yugular elevada
Ortopnea	Tercer ruido en la auscultación cardíaca (ritmo de galope), soplo, ...
Disnea paroxística nocturna	Reflujo hepatoyugular
Reducción de la tolerancia al ejercicio	Crepitantes a la auscultación pulmonar
Fatiga, cansancio	Ganancia ponderal inesperada (>2kg/semana)
Edema en extremidades inferiores	Taquicardia, pulso irregular
Bendopnea	Taquipnea
Otros: tos nocturna, sensación de "hinchazón", plenitud postprandial, mareo y síncope, confusión (ancianos) ...	Hepatomegalia, frialdad acra, oliguria, ...

7.1 EVALUACIÓN DE INICIO EN ATENCIÓN PRIMARIA:

La **disnea** es el síntoma más común de presentación. Se trata de un síntoma doblemente subjetivo (lo que interpreta el paciente y lo que interpreta el médico). Por tanto, es apropiado evaluar la disnea y su intensidad en base a alguna escala bien validada como la de la NYHA:

Grado I. Aparece con esfuerzos superiores a los que representa la actividad habitual (asintomático con actividad habitual).

Grado II. Aparece con las actividades habituales del paciente.

Grado III. Aparece con esfuerzos menores de los habituales.

Grado IV. De reposo.

Puede ser difícil el diagnóstico diferencial con otras patologías, fundamentalmente las de índole neumológica. Para ello es indispensable una buena historia clínica que recoja antecedentes, anamnesis, exploración física y pruebas complementarias básicas que se pueden realizar en el ámbito de la Atención Primaria:

ECG (asegurar su digitalización)

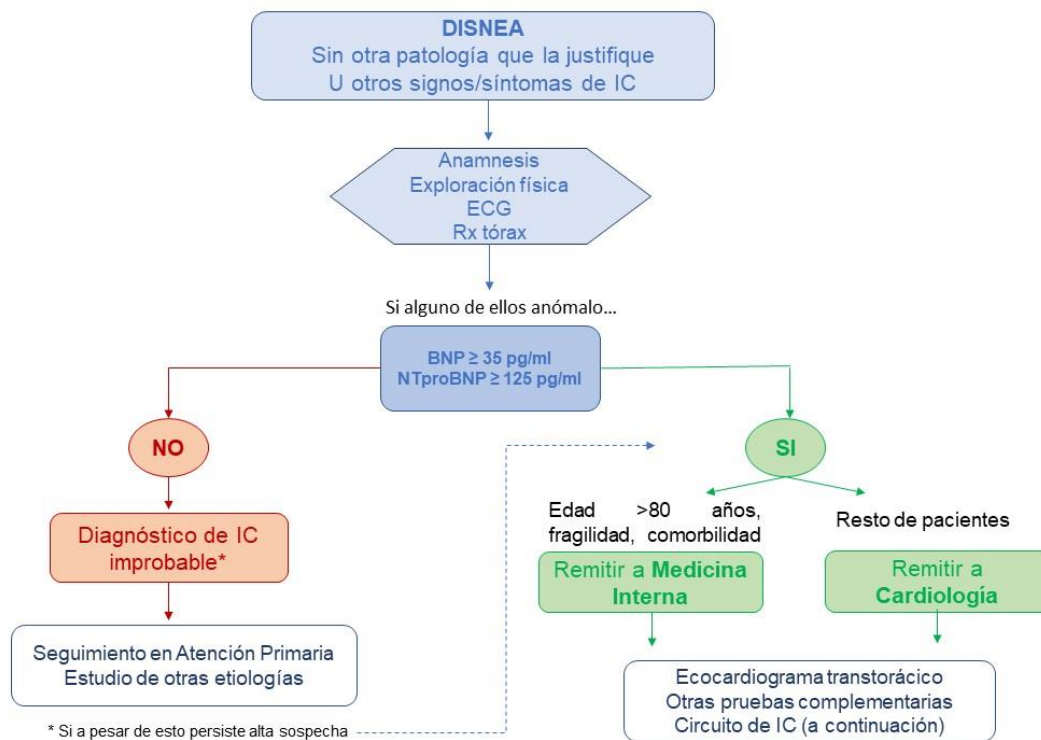
Analítica (hemograma, transaminasas, función renal con electrolitos y TSH)

Rx de tórax PA y lateral en bipedestación.

El **BNP** como prueba de exclusión de la IC debido a su elevado valor predictivo negativo (98%).

Un BNP normal prácticamente excluye que la disnea sea debida a IC.

Se propone por tanto el siguiente esquema:



Solicitar **INP** a Cardiología en el caso de que sea un paciente en el que se considera que el seguimiento debe hacerse en AP **Y** se necesite ecocardiograma para filiar FEVI de cara al estudio y tratamiento

En paciente inestable con sospecha de IC aguda o descompensada, considerar los siguientes criterios para derivación al servicio de urgencias:

Sospecha de **cardiopatía isquémica** (ver capítulo de dolor torácico)

Sintomatología:

- Disnea de reposo o mínimos esfuerzos o rápidamente progresiva.
- Hipotensión (TAS <100 mmHg sintomática o datos de hipoperfusión).
- Taquipnea. Hipoxemia.
- Síncope (ver capítulo correspondiente).
- Oligoanuria.

Comorbilidad grave:

- Insuficiencia renal (Cr >2 mg/dl)
- Fiebre (>37°C)
- Arritmia (fibrilación auricular rápida, taquicardia ventricular)
- Alteración electrolítica

7.2 CIRCUITO HOSPITALARIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Una vez establecido el diagnóstico, se distribuirá a los pacientes en la Unidad especializada de Insuficiencia Cardiaca de Cardiología o Medicina Interna en función de unos criterios establecidos en conjunto entre ambos servicios. Se podrá conocer la asignación del paciente a un servicio u otro consultando al especialista de referencia en el Cubo Rojo. No obstante, el flujo comunicativo entre ambas especialidades es constante y puede haber variaciones.

En líneas generales se establecen los siguientes **criterios de derivación y seguimiento por la Unidad especializada de Insuficiencia Cardiaca de Cardiología:**

- Edad < 80 años.
- Insuficiencia Cardiaca con FEVI < 40%.
- Evaluación de dispositivos/procedimientos especiales propios de la patología:
- Ergoespirometría
- Administración de hierro iv
- Terapia de Resincronización Cardiaca
- Desfibrilador Automático Implantable
- Dosis intermitentes de diurético iv (**valoración conjunta con Medicina Interna**)
- Levosimendán ambulatorio
- Evaluar candidatura a trasplante o asistencia ventricular
- Primer episodio de Insuficiencia Cardiaca con disfunción ventricular severa.
- Insuficiencia Cardiaca independientemente de la FEVI y origen, que no mejora con tratamiento médico habitual o requiere seguimiento estrecho por descompensaciones frecuentes y/o mala clase funcional. **Valoración conjunta con Medicina Interna.**

El tiempo total de seguimiento (siempre y cuando permanezcan estables, y se hayan finalizado las acciones diagnóstico-terapéuticas previstas), será:

- 6 meses en caso de primer episodio de IC sin necesidad de hospitalización
- 1 año en pacientes hospitalizados por descompensación cardiaca en los últimos 2 años

Tras ese plazo el paciente puede ser candidato a **seguimiento exclusivo en AP** si cumple los criterios:

- **Estabilidad clínica** tras 6/12 meses sin hospitalización ni visita al Servicio de Urgencias
- **Diagnóstico completo:** Ecocardiograma transtorácico y búsqueda etiológica realizadas
- **Tratamiento óptimo:** Titulación máxima, educación, no siendo previsible un cambio en la medicación a corto-medio plazo ni necesidad de dispositivos trasplante o cirugía

Se seguirán de forma crónica por la Unidad de IC de Cardiología:

- Clase funcional III – IV de la NYHA
- Necesidad de tratamiento en el Hospital de Día
- Pacientes con DAI y/o TRC
- Pacientes especialmente vulnerables dentro del espectro de la IC (mayores, frágiles, candidatos a terapias avanzadas, FEVI < 35%, IM moderada/severa de etiología funcional sin criterios para la intervención o cualquier otra causa que el especialista considere): **Valoración conjunta con Medicina Interna.**

Estos pacientes, disponen de un **teléfono de contacto directo** con la Unidad de IC que es atendido de 8 a 10 am todos los días laborables. En caso de surgir algún problema desde el ámbito de Atención Primaria, existe disponibilidad 24h vía **INP** para informar de la incidencia.

Se seguirán de forma en la Consulta de IC de Medicina Interna (dentro de la estrategia de atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos - perfil insuficiencia cardiaca):

Pacientes con diagnóstico de IC y:

- Clase funcional III- IV de la NYHA
- FEVI > 40% y/o comorbilidad importante que condiciona la salud del paciente, o IC independientemente de FEVI y origen, que no cumple criterios de continuar seguimiento en Unidad de Insuficiencia Cardiaca de Cardiología. **Valoración conjunta con Cardiología**
- Descompensaciones frecuentes:
 - Más de un ingreso programado el último año (tanto en hospitalización convencional como hospitalización a domicilio)
 - Precisa un seguimiento estrecho desde atención especializada hospitalaria
- GMA (Grupo de Morbilidad Ajustada) 4 y 5
- Valoración global severo o paliativos

Se dispone de teléfonos de contacto directo, disponibles de 8 a 15 de lunes a viernes (tanto enfermería (51693-620542330) como de facultativo (52418-689203167)), tanto para atención primaria, así como otros especialistas. Existe además la posibilidad de realizar INP-Crónicos para cualquier consulta no urgente.

El resto de pacientes con IC que no cumplan los criterios anteriores, continuarán seguimiento en consultas de medicina interna general.

En ambos supuestos, en caso de descompensación que cumpla **criterios de inestabilidad clínica y/o hemodinámica**, considerar remitir al Servicio de Urgencias para valoración.

Criterios de inestabilidad en insuficiencia cardiaca crónica:

Signos o síntomas de congestión sistémica o pulmonar:

Aumento de peso > 2 kg en 2-3 días

Edemas, congestión pulmonar, hepatomegalia con reflujo hepatoyugular, ingurgitación yugular

Ortopnea, disnea paroxística nocturna o disnea progresiva

Cardiopatía isquémica:

Angina o empeoramiento de clase funcional

Cambios electrocardiográficos

Reducción gasto cardíaco:

Descenso de la tensión arterial (menor PA diferencial).

Disminución de la diuresis

Elevación urea o creatinina (reducción de TFG)

Fatigabilidad progresiva

Arritmias:

Pérdida del ritmo sinusal

Síncope o mareo de perfil cardiogénico

7.3 SEGUIMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD DE LOS PACIENTES ESTABLES CON IC DERIVADOS PARA SEGUIMIENTO POR AP

Se recomienda una valoración por su Médico de Atención Primaria cada 6 meses-1 año que incluya:

Educación en autocuidados: Dieta y nutrición Abstinencia tabáquica y alcohólica Ejercicio físico adecuado a las características del paciente Adherencia al tratamiento Control de Factores de Riesgo Cardiovascular
Evaluación de la situación clínica: Capacidad funcional Signos de congestión pulmonar o sistémica (edemas, ingurgitación yugular, ...) Efectos secundarios de la medicación
Constantes: Peso (insistir en la automedición del peso corporal al menos 2 veces/semana) Tensión arterial Frecuencia cardíaca
Vacunación antigripal (anual)/neumococo
Electrocardiograma
Analítica: hemograma, función renal, iones, considerar BNP (en función de situación clínica)
No precisa repetición de ecocardiograma: Paciente clínicamente estable Ausencia de cambios clínicos o electrocardiográficos Si no está prevista una modificación terapéutica Comorbilidad o fragilidad severas asociadas

Comunicación mediante **INP** con Cardiología/Medicina Interna según los criterios descritos en caso de:

- Progresión de la sintomatología
- Dudas sobre el manejo del tratamiento cardiológico
- Cambio electrocardiográfico, analítico... que requiera valoración especializada.

8. VALVULOPATÍAS

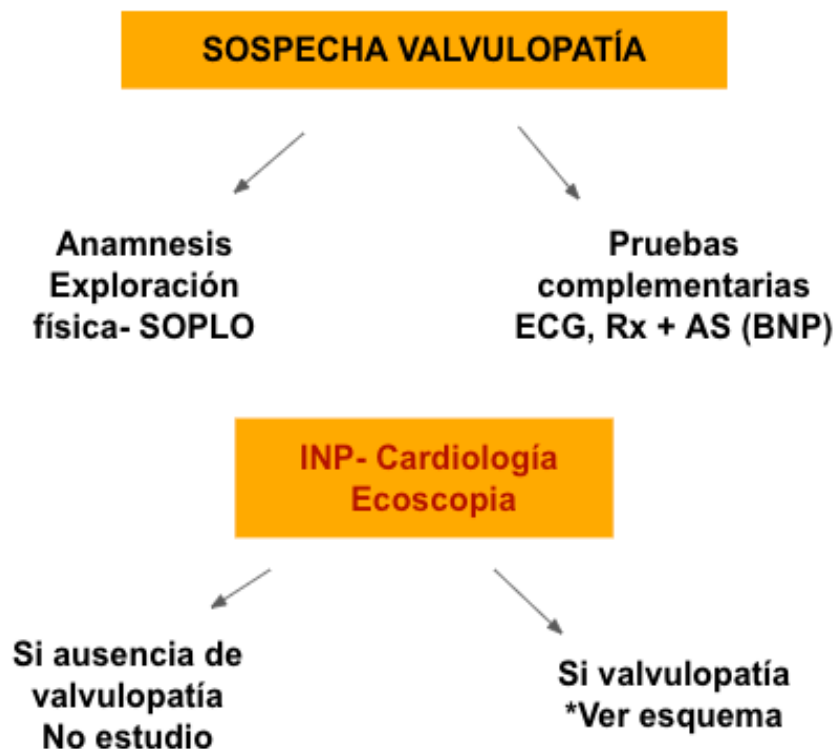
Autores: Carolina Tiraplegui Garjón, Octavio Jiménez Melo y Amaia Martínez León.

8.1 OBJETIVOS ATENCIÓN PRIMARIA

1. Sospechar una valvulopatía mediante exploración física y/o clínica
2. Conocer los criterios de derivación a Cardiología
3. Realizar el seguimiento del paciente ya diagnosticado en situación estable y/o intervenido
4. Detectar precozmente datos de descompensación en pacientes ya diagnosticados o posibles complicaciones en pacientes con prótesis valvulares (trombosis protésica, disfunción protésica, embolismo periférico, hemorragias relacionadas con en el tratamiento anticoagulante)
5. Indicar profilaxis antibiótica de la endocarditis infecciosa
6. Controlar el tratamiento anticoagulante

8.2 DIAGNÓSTICO (SOPLO U OTROS HALLAZGOS)

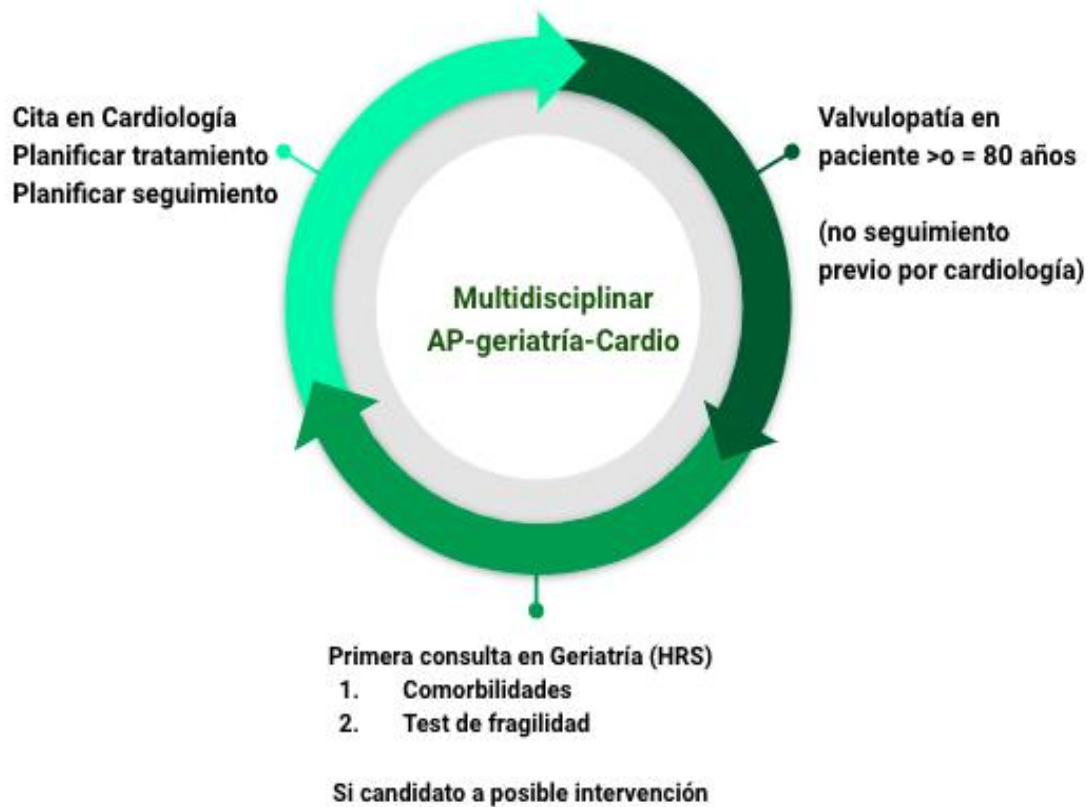
- **Síntomas relacionados:** disnea, dolor torácico, síncope y arritmias.
- **Comorbilidades:** enf. arterial previa, insuficiencia renal, hepatopatía, EPOC, fragilidad.
- **Exploración física:** Constantes, auscultación, ingurgitación yugular y edemas.
- **Pruebas complementarias:** ECG, Rx tórax, analítica con hormonas tiroideas y BNP. Solicitar INP para ecoscopia.



8.3 CRITERIOS DE DERIVACIÓN

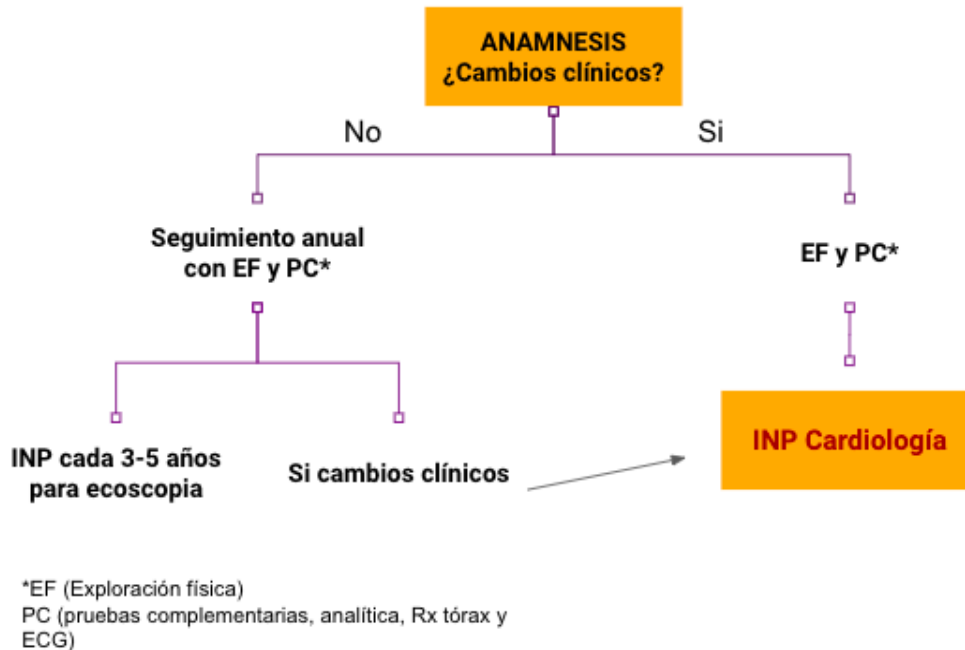
- Severidad en la sintomatología (cualquier grado de disnea, angina o síncope)
- Repercusión sobre ventrículo izquierdo (se especificará en informe ecocardiograma)
- Edad menor de 80 años

En mayores de 80 años



8.4 SEGUIMIENTO

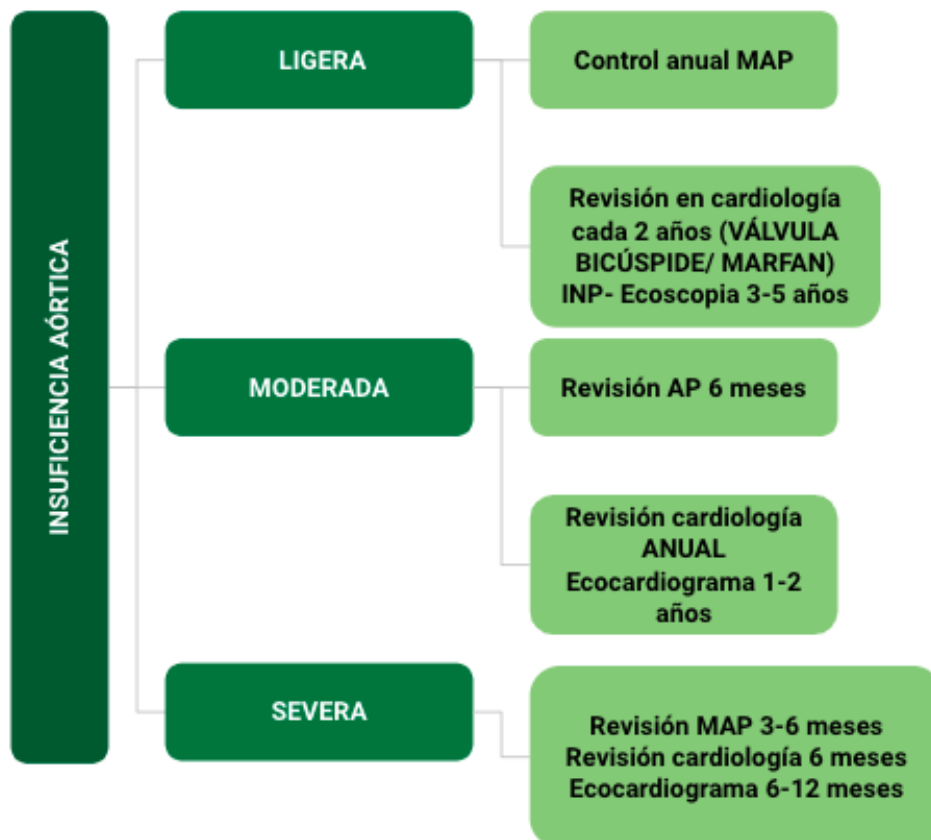
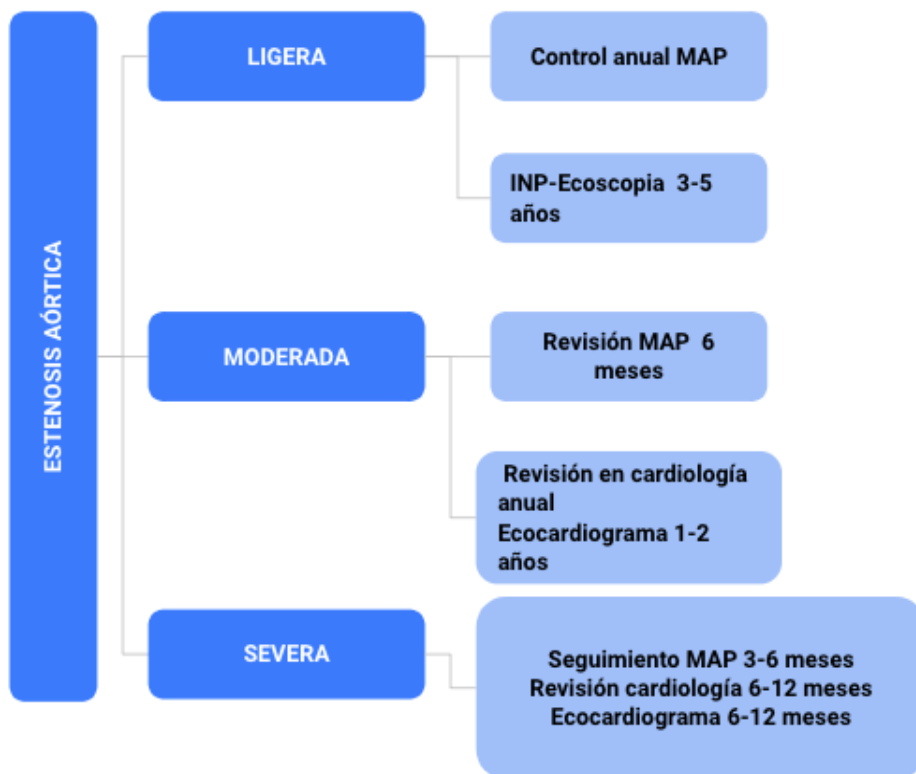
1. **Leves o ligeras:** atención primaria salvo válvulas aórticas bicúspides y prolapso mitral.

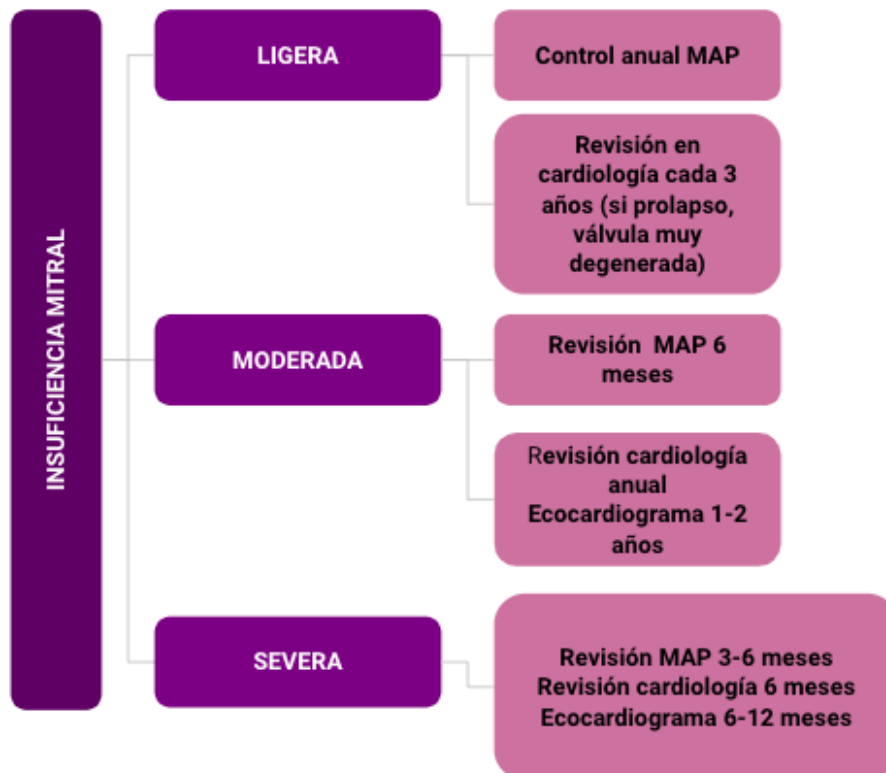
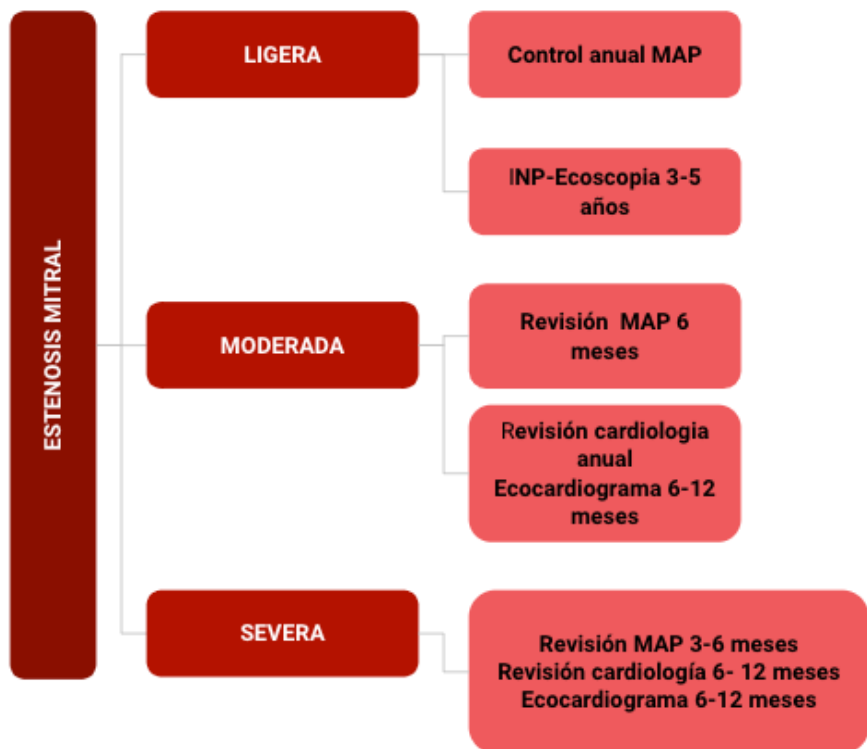


2. **Moderadas- Graves:** Seguimiento compartido MAP/Cardiología. Seguimiento en las valvulopatías moderadas puede ser vía no presencial (telefónico). Seguimiento de las graves será presencial.

Si cambios clínicos durante el seguimiento ponerse en contacto con **cardiología (INP)**
Si se decide **manejo conservador**, seguimiento por su médico de atención primaria/seguimiento en **unidad del paciente crónico de Medicina Interna**.

NOTA: Las valvulopatías derechas (tricuspídea y pulmonar) se seguirán en función de lo que indique cardiología. La insuficiencia tricúspide de grado ligero/moderado es frecuente en la población y no precisa de seguimiento cardiológico/ecocardiográfico.





8. 5 PRÓTESIS VALVULAR

- Vigilar la aparición de cualquier cambio en el soplo o ruidos protésicos.
- Periodicidad según tipo de prótesis y tiempo transcurrido.

Seguimiento clínico: Cirugía cardiaca al mes de la intervención y cardiología a los 3/6 meses. Si estabilidad, controles ecocardiográficos y vía telefónica

Seguimiento ecocardiográfico tras el alta:

- **Prótesis mecánicas** - Cada 3 años.
- **Prótesis biológicas** - Cada 2/3 años. Más tiempo de prótesis, más frecuentes ETT.
- **Reparación valvular o técnica percutánea** - Anual.

Seguimiento en Atención Primaria: Consulta ANUAL

- Si **empeoramiento brusco** de la situación clínica valorar sospecha de disfunción protésica.
- Exploración física, pruebas complementarias (ECG, AS hemograma con BNP).
- **Fiebre sin foco:** Sospecha de endocarditis. Extraer **hemocultivos** seriados.
- Insistir en la **profilaxis de endocarditis infecciosa en pacientes de alto riesgo**.
- **Control INR.** (TRT: Prótesis biológicas valorar el cambio a ACOD). **Adherencia anticoagulante.**
- **ACV/AIT:** comprobar anticoagulación y **sospechar trombosis** protésica/endocarditis.

Tratamiento antitrombótico

Con anticoagulantes anti-vit K o heparina. Posibilidad de ACOD en prótesis biológica o válvula nativa. **NO ESTENOSIS MITRAL MODERADA O SEVERA, NUNCA EN PRÓTESIS MECÁNICAS.**

Si estenosis mitral moderada/severa en sinusal solicitar INP para valorar inicio de anticoagulación

Prótesis valvulares

1. Prótesis biológicas:

Mitrales o tricúspides: ACO 3 meses tras el implante (INR 2-3). Después AAS si no FA.

Aórticas: AAS 100mg 3 meses tras el implante como mínimo. Valorar continuación posterior. ACO indefinida si FA y/o embolia sistémica. Puede ser con ACOD 3 meses después del implante)

2. Prótesis mecánicas*

Mitrales: ACO indefinida (INR 2,5-3,5)

Aórtica: ACO indefinida (INR 2-3 por defecto, si es mayor vendrá especificado en informe)

* En algunos modelos de prótesis INR objetivo pueden variar. Indicaciones cardiología/hematología

3. Situaciones especiales (solicitar INP a cardiología)

- **Eventos tromboembólicos con INR en rango:** Se puede añadir AAS 100 mg al tratamiento.
- **Embarazo:** Indicaciones de hematología/cardiología. Los **antivitamina K son teratogénicos** a dosis >2mg diarios.
- Paciente sometido a **cirugía no cardiaca***:
 - Cirugía menor (extracciones dentales, implante de marcapasos etc): Mantener el tratamiento y no dar dosis previa a la intervención.
 - Cirugía mayor: Terapia puente con HBPM (Valoración por anestesia/ hematología)

**Es de gran ayuda utilizar la app QxAApp y seguir las indicaciones*

8. 6 PROFILAXIS ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Se recomienda **solo en pacientes de ALTO RIESGO** que se van a someter a **PROCEDIMIENTOS DENTALES** que requieren manipulación de la región gingival o **periapical** de los dientes o perforación de la mucosa oral.

Agentes a usar:

- AMOXICILINA O AMPICILINA 2g vía oral dosis única 30-60 minutos antes del procedimiento.
- CLINDAMICINA ORAL 600mg en caso de alergias.

Pacientes de ALTO RIESGO:

- Pacientes portadores de **cualquier válvula protésica** (mecánica, biológica, TAVI, cualquier material protésico utilizado para reparación valvular cardiaca).
- Pacientes con **episodios previos de endocarditis** infecciosa.
- Pacientes con **cardiopatía congénita cianógena/reparada con material protésico hasta 6 meses después o si ha quedado shunt** residual de por vida.

9. ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS ASINTOMÁTICAS

Autores: Gonzalo Luis Alonso Salinas

El protocolo que viene a continuación parte de que los pacientes están **COMPLETAMENTE ASINTOMÁTICOS** (desde el punto de vista cardiológico y extracardiológico) y que tienen una exploración física, analítica y Rx de tórax **RIGUROSAMENTE NORMALES**. Además, se debe de excluir también de este grupo a pacientes con patología cardiológica previa.*

*En caso de presentar sintomatología cardiológica u otra patología consultar el protocolo pertinente dentro de este documento o las guías clínicas correspondientes.

En todos ellos, antes de la derivación, se recomienda haber realizado un estudio completo con exploración física, analítica, Rx de tórax y ECG debidamente digitalizado en HCE.

9.1 DERIVACIÓN DIRECTA AL SERVICIO DE URGENCIAS

Cualquier paciente que presenta **bloqueo AV de segundo grado MÁS AVANZADO (o mayor que) el Mobitz I** (El intervalo PR se prolonga de manera progresiva con cada latido hasta que un impulso auricular no se conduce y desaparece el complejo QRS. También se denomina fenómeno de Wenckebach).

Esto es:

- **Bloqueo AV 2:1**
- **Segundo grado Mobitz II**
- **Tercer grado**
- **Bloqueo AV completo.**

9.2 DERIVACIÓN PRESENCIAL A CARDIOLOGÍA

Por regla general, las alteraciones ECG asintomáticas **NO SE DERIVARÁN NUNCA A CONSULTA PRESENCIAL**, contactando con Cardiología siempre mediante INP

9.3 DERIVACIÓN MEDIANTE INTERCONSULTA NO PRESENCIAL

QRS ancho:

- Bloqueo de rama izquierda: Recomendamos solicitar INP a todos los pacientes con BRIHH no conocido previamente, y que no tienen seguimiento previo por parte de Cardiología. No solicitar INP en pacientes con importante comorbilidad, frágiles o en los que cualquier intervención agresiva sea fútil.
- Bloqueo de rama derecha: Una vez descartada patología pulmonar, recomendamos solicitar INP a pacientes con BRDHH no conocido previamente y QRS mayor de 120 mseg, que no tienen seguimiento previo por parte de Cardiología. No solicitar INP en pacientes con importante comorbilidad, frágiles o en los que cualquier intervención agresiva sea fútil.
- Trastorno de la conducción intraventricular sin morfología de BRIHH o BRDHH: Solicitar INP a pacientes sin trastorno de la conducción conocido previamente y QRS mayor de 120 mseg, que no tienen seguimiento previo por parte de Cardiología. No solicitar INP en

pacientes con importante comorbilidad, frágiles o en los que cualquier intervención agresiva sea fútil.

Hemibloqueos o bloqueos incompletos: No recomendamos solicitar INP o valoración cardiológica por este motivo.

Voltaje del QRS: Se recomienda solicitar INP a aquellos pacientes CON REPOLARIZACIÓN NORMAL cuya onda R cumple criterios de Sokolow para hipertrofia ventricular izquierda (sumar la amplitud de la onda S en la derivación V1 más la amplitud de la onda R más alta de las derivaciones V5 o V6. Si el resultado es mayor de 3.5 mV (35 mm o 7 cuadrados grandes) es sugestivo de hipertrofia ventricular izquierda).

No solicitar INP en caso de seguimiento previo o valoración previa por Cardiología.

Ondas Q patológicas: Se recomienda solicitar INP a pacientes sin cardiopatía isquémica previa conocida que tengan **ondas Q mayores 0,04 seg (un cuadro pequeño) o mayores que el 25% del voltaje de la onda R siguiente**, y presenten esta alteración en **dos derivaciones contiguas**.

Una onda Q aislada en la derivación III no es patológica.

Repolarización alterada: Se recomienda solicitar INP a pacientes sin cardiopatía conocida o sin valoración por Cardiología, que presenten ondas Ts negativas (al menos 1 mm o un cuadradito por debajo de la línea isoeletrica o línea de base) en al menos derivaciones contiguas.

Una onda T negativa aislada en la derivación III o V1 no son patológicas.

Intervalo QT corregido: Se recomienda solicitar INP a pacientes con un QT corregido por FC mediante la fórmula de Bazett mayor de 450 mseg, una vez descartadas causas iónicas o farmacológicas.

Copyright © 2022
ISBN: 978-84-09-38253-8