

PROTOCOLO DE
DERIVACIÓN CON
ATENCIÓN
PRIMARIA

PROTOCOLO DE DERIVACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA

Las enfermedades cardiovasculares presentan una altísima prevalencia en nuestro medio y provocan numerosas derivaciones de pacientes y peticiones de consultas entre los niveles de Atención Primaria y Especializada. Es absolutamente necesario que este flujo tan importante de pacientes sea lo más ordenado y regulado posible para que pueda llevarse a cabo una atención eficaz y de calidad.

CONCEPTOS PREVIOS:

Aunque la enfermedad cardiovascular es una enfermedad crónica para la que no se dispone hasta la fecha de una curación definitiva, existen en la actualidad numerosos y variados recursos diagnósticos y terapéuticos que permiten una estabilización y un control razonable de la misma

En este sentido, la gran mayoría de los enfermos cardiovasculares pueden ser seguidos en el nivel de Atención Primaria precisando de la intervención del Especialista en los casos de descompensación o inestabilización de la enfermedad y sólo en algunos casos y situaciones necesitarán revisiones periódicas para detectar futuros problemas evitables (por ej, momento de intervención quirúrgica en las valvulopatías, optimización de los marcapasos para su mayor durabilidad, etc...).

Los dos factores que influyen más directamente para el control de este tipo de enfermedades son el “factor tiempo” y la “capacidad de resolución” del problema una vez detectado, y, bajo ese punto de vista es como se va a componer el proceso de derivación de pacientes entre el Servicio de Cardiología y los Servicios de Atención Primaria.

FLUJO DE PACIENTES:

La forma de envío de pacientes al Servicio de Cardiología será la siguiente:

URGENTES (Aquellos que precisen atención antes de las 48 horas): Se enviarán al Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Cristina.

PREFERENTES: (Aquellos que precisen atención en los primeros siete días): Se enviará la petición mediante hoja de FAX a los números

924215177 o al 924275830, donde se valorará la indicación y se le adjudicará cita preferente si así se considera. En un plazo posterior, si se consigue reducir el tiempo de demora de las consultas programadas, podrá desaparecer este concepto de preferencia

NORMALES : (Aquellos que precisen consulta por el cardiólogo dentro de los primeros treinta días): Se citarán directamente por telecita desde los propios Centros de Salud.

Los pacientes considerados como **URGENTES**, según la anterior definición, se enviarán siempre al Servicio de de Urgencias del H. Infanta Cristina, por encontrarse el Servicio de Cardiología ubicado en dicho hospital.. Los considerados en los dos epígrafes posteriores como **PREFERENTES** y **NORMALES** se enviarán a las Consultas del Servicio de Cardiología de la forma y modo que se comentará a continuación.

DERIVACION A CONSULTAS DE CARDIOLOGIA

Teniendo en cuenta lo comentado en la introducción y, para evitar problemas terminológicos en la denominación del tipo de pacientes, se considerará **PRIMERA CONSULTA O PACIENTE NUEVO**, aquellos sin cardiopatía previa conocida o bien con cardiopatía establecida que presenten un cuadro de descompensación o reagudización de la misma. El término “paciente nuevo”, no se debe asociar, por tanto, a que haya sido visto o no alguna vez en el Servicio de Cardiología. Del mismo modo, aunque el paciente se encuentre pendiente de revisión programada, si sufre alguna inestabilización cardiológica, sea relacionado con su proceso o no, se enviará también a las consultas de Cardiología como “paciente nuevo”.

Como **CONSULTA SUCESIVA O REVISIÓN** se considerarán aquellos pacientes con cardiopatía establecida que precisan revisiones programadas por el cardiólogo.

PACIENTES NUEVOS:

Los pacientes considerados como **NUEVOS**, según la definición adoptada previamente, serán vistos en las 4 consultas externas de Cardiología habilitadas a tal efecto. Hasta que en un plazo medio se encuentren unificadas en un mismo espacio físico, la ubicación de las consultas permanecerán donde se encuentran en la actualidad:

-
- 3 en el edificio de la “L”, 1ª planta, anejo al Hospital Perpetuo Socorro, que en la actualidad están atendidas por los Dres D. Jesús Arrobas Vacas, D Ginés Fernández Mora y D. Antonio Címbora Ortega, y
 - 1 en el Hospital Infanta Cristina, atendida por el Dr. D. Jose María García de Andoaín y Rais.

Las agendas de citaciones de cada uno de los facultativos mencionados estarán abiertas a toda el Área de Salud, eliminándose la división en cuatro zonas existente hasta hace poco, de forma que se podrá acceder a cada una de ellas, según menor demora o preferencias del paciente, desde el propio Centro de Salud u Hospital correspondiente, mediante el sistema de telecitas del HP-HIS en los epígrafes PCAR para las consultas ubicadas en la “L” o ICAR para la ubicada en el H. Infanta Cristina.

Los pacientes vistos en Urgencias hospitalarias no podrán pedir consulta directamente al Servicio de Cardiología, sino que deberán acudir a su médico de familia (con el electrocardiograma y la Rx de tórax realizados), quién valorará si es necesario solicitar dicha consulta

El médico peticionario de la consulta deberá enviar al paciente con la Hoja de Interconsulta rellena con letra clara y las pruebas complementarias pertinentes (Ver Anexo 1). Se rechazarán aquellas hojas de interconsultas en las que conste que el motivo de consulta es por revisión, como ocurre actualmente en muchos casos.

Una vez realizadas las pruebas complementarias solicitadas y que sea valorado el paciente en su conjunto, el facultativo de la consulta de Cardiología emitirá el informe correspondiente con el juicio clínico y tratamiento oportunos y en el apartado correspondiente a PLAN DE ACTUACIÓN indicará las siguientes acciones, cuyas definiciones se acompañan:

ALTA: No presenta en la actualidad cardiopatía estructural. El seguimiento de otras enfermedades concomitantes se realizará por su médico de Atención Primaria.

NO PRECISA REVISION PROGRAMADA: Aunque el paciente probablemente presenta una cardiopatía establecida, ésta se encuentra en fase estable y no precisa revisiones periódicas por parte del Servicio de

Cardiología y el seguimiento de dicha cardiopatía o de otras enfermedades acompañantes debe ser realizado por su médico de Atención Primaria. Cualquier inestabilización o reagudización de su proceso será valorado por su médico correspondiente quién podrá remitirlo de nuevo a las consultas pero siempre como Paciente Nuevo.

REVISION A UN TIEMPO DETERMINADO (SE INDICARÁ ESE TIEMPO): Por las características de su proceso cardiológico el paciente debe ser revisado dentro del plazo determinado en este epígrafe, que se procurará respetar con una desviación de ± 1 mes. Estos pacientes serán citados directamente por el Servicio de Cardiología, tal y como se comenta más adelante.

REVISIONES:

Las revisiones periódicas de los pacientes que las precisen a juicio del cardiólogo que lo haya atendido se realizarán de la siguiente forma:

Las revisiones indicadas de menos de 6 meses se les citará directamente desde la propia consulta o desde el Servicio de Admisión correspondiente. Las revisiones que se indiquen a un tiempo igual o superior a 6 meses precisarán enviar el último informe del cardiólogo donde conste el tiempo de revisión mediante FAX a los números referidos anteriormente (924215177 ó 924275830), unos dos meses aproximadamente antes de que cumpla el tiempo indicado..

Con objeto de aumentar la eficiencia y calidad en las prestaciones de estos pacientes con cardiopatía estructural establecida que, por su especial gravedad o por su especial idiosincrasia, precisan de un control más exhaustivo de su patología, el Servicio de Cardiología va a establecer en un futuro próximo una serie de CONSULTAS MONOGRAFICAS, que han resultado de especial utilidad en otros hospitales donde ya se han implantado. Estas consultas serán llevadas por cardiólogos especializados en unas patologías cardíacas determinadas, quienes serán los encargados de llevar a cabo el seguimiento de estos pacientes, independientemente del facultativo que lo haya visto en primera instancia. Previamente, se determinarán los protocolos precisos para el acceso a dichas consultas.

Actualmente, la única Consulta Monográfica que se encontraba funcionando desde hace algún tiempo es la correspondiente a los pacientes portadores de Marcapasos y Desfibriladores Automáticos Implantables (DAI), lo cuales son citados directamente desde el propio Servicio de Cardiología para revisión, control y ajuste de los parámetros de dichos dispositivos.

La otra Consulta Monográfica que se va a abrir a partir de ahora es la de “Insuficiencia cardíaca”, cuyos detalles más específicos se encuentran reseñados en el Anexo 3C.

ANEXO 1

DIAGRAMA DE FLUJO DE PACIENTES:

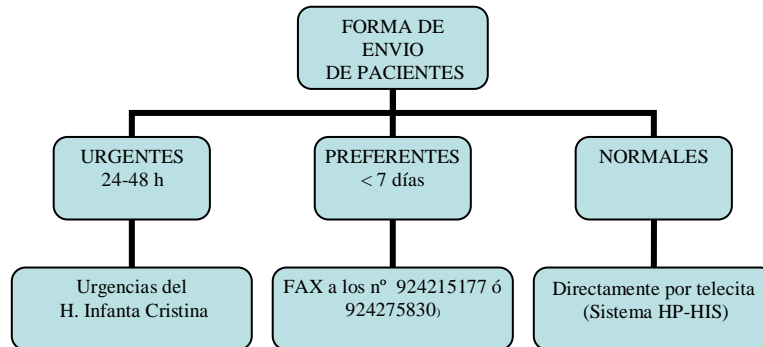
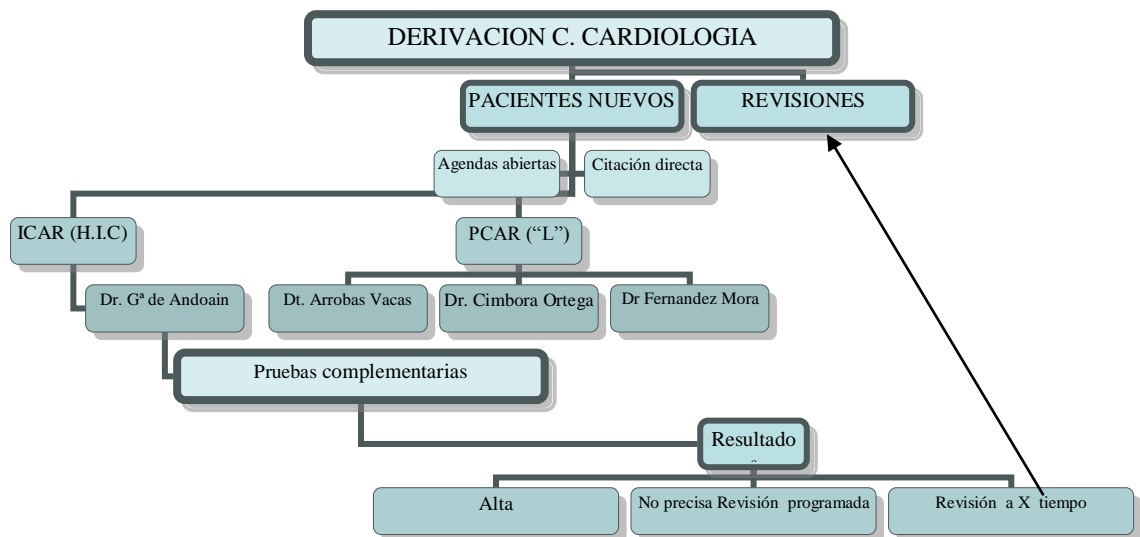


DIAGRAMA DE DERIVACION DE PACIENTES



ANEXO 2:

HOJA DE INTERCONSULTA DE PRIMARIA A ESPECIALIZADA:

- Antecedentes personales:
 - Cardiopatías previas
 - Factores de riesgo cardiovascular
 - Alergias medicamentosas
 - Tratamiento actualizado

- Motivo de consulta
- Pruebas complementarias realizadas:
 - Se deberán adjuntar:
 - Electrocardiogramas
 - Analítica: Hemograma, Perfil cardíaco y HDL colesterol. T4 y TSH (en arritmias e insuficiencia cardíaca).
 - Rx de tórax:(si dolor torácico o disnea).

ANEXO 3:

Hasta que estén elaborados los protocolos por procesos definitivos, como normas de actuación básicas se recomiendan los siguientes criterios de derivación:

ANEXO 3A:

DOLOR TORÁCICO:

DOLOR TORACICO AGUDO (DTA):

- En un sentido amplio, DTA se define como toda sensación álgida localizada en la zona comprendida entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente que requiere un diagnóstico precoz ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico-quirúrgico urgente:

- Tipos de DTA:
 - ♥ Síndrome Coronario Agudo (SCA)
 - ♥ Pericarditis aguda
 - ♥ Miocarditis aguda
 - ♥ Taquiarritmias
 - ♥ Disección-Síndrome Aórtico Agudo
 - ♥ Embolismo pulmonar
 - ♥ Otros

Los dolores torácicos agudos (DTA) se derivarán siempre a Urgencias Hospitalaria

DOLOR TORACICO EN CARDIOPATIA ISQUEMICA

ANGINA ESTABLE:

- **Cualidad del dolor:** Opresivo, malestar o pesadez centrotorácica señalada con la mano abierta o el puño cerrado, rara vez a punta de dedo. Irradiado a brazo izquierdo, cuello, mandíbula, hombro izquierdo, espalda y/o epigastrio. No se modifica con la tos, respiración, movimientos torácicos, ni con la presión de la zona afectada. De duración menor de 15 minutos.

- **Clasificación clínica:**

✚ ANGINA TIPICA.

1. Dolor torácico con las características de cualidad y duración mencionadas
2. Provocado por esfuerzo, estrés, frío o similar
3. Cede o se alivia rápidamente con NTG o al cesar el desencadenante.

✚ ANGINA ATÍPICA:

Tiene dos de las características arriba mencionadas

✚ NO ANGINOSO

Presenta una o ninguna de las características de angina típicas.

Probabilidad de lesiones coronarias según el tipo de angina, edad y sexo:

Edad	AT varón	ATmujer	AA varón	AAmujer	NA varón	NAmujer
30-39	76%	26%	34%	12%	4%	2%
40-49	87%	55%	51%	22%	13%	3%
50-59	93%	73%	65%	31%	20%	7%
60-69	94%	86%	72%	51%	27%	14%

AT: angina típica; AA: angina atípica; NA: dolor torácico no anginoso

*Guía clínica de la ACC/AHA 2002

Grados de Angina de pecho:

- **Grado I:** La actividad física ordinaria no causa angina. Angor ante ejercicios extremos, forzados o rápidos. No al andar o subir escaleras

- **Grado II:** Ligera limitación de la actividad ordinaria. La Angina ocurre al andar o subir escaleras rápidamente, tras comidas copiosas, o a primera hora de la mañana.
- **Grado III:** Marcada limitación de la actividad física ordinaria. La angina ocurre tras subir pocas escaleras (un rellano) o andar una manzana en llano.
- **Grado IV:** Incapacidad para realizar cualquier actividad física sin dolor. La angina puede presentarse en reposo.

SINDROME CORONARIO AGUDO:

- Lo componen la Angina Inestable (AI) (Tabla 1) y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
- La diferencia entre AI e IAM es tardía (elevación de marcadores de lesión miocárdica, ondas Q, etc...)
- Se caracteriza generalmente por:
 - ✚ Calidad y localización del dolor similar a la angina estable (aunque casi siempre es más intenso el dolor)
 - ✚ La duración del episodio doloroso suele ser más prolongada (> 20 minutos)
 - ✚ El alivio con NTG es menos constante
 - ✚ Frecuentemente hay alteraciones en el ECG durante el dolor (elevación o descenso del ST más comúnmente)
 - ✚ Frecuentemente hay alteraciones hemodinámicas durante el dolor

Tabla 1: Tres principales presentaciones de Angina Inestable

Angina de reposo	La angina ocurre en reposo y usualmente es más prolongada (> 20 minutos)
Angina de reciente comienzo	Angina, al menos de severidad grado III, dentro del primer mes de su presentación inicial
Angina progresiva	Angina previamente diagnosticada que se hace más frecuente, de mayor duración o con menor umbral

*Guía clínica de la ACC/AHA 2002

CRITERIOS DE DERIVACION A CARDIOLOGIA DEL

DOLOR TORACICO:

URGENCIA HOSPITALARIA del HIC:

- **Dolor torácico agudo de causas no isquémicas.**
- **Síndrome coronario agudo (Angina Inestable e Infarto Agudo de Miocardio)**

CONSULTA PREFERENTE:

- **Angina típica estable no estudiada.**
- **Angina de reciente comienzo grado I y II.**

CONSULTA NORMAL:

- **Angina típica estable ya diagnosticada.**
- **Angina atípica estable**
- **Dolor no anginoso en varones > de 50 años y mujeres > de 60 años si tienen dos o más factores de riesgo conocidos.**

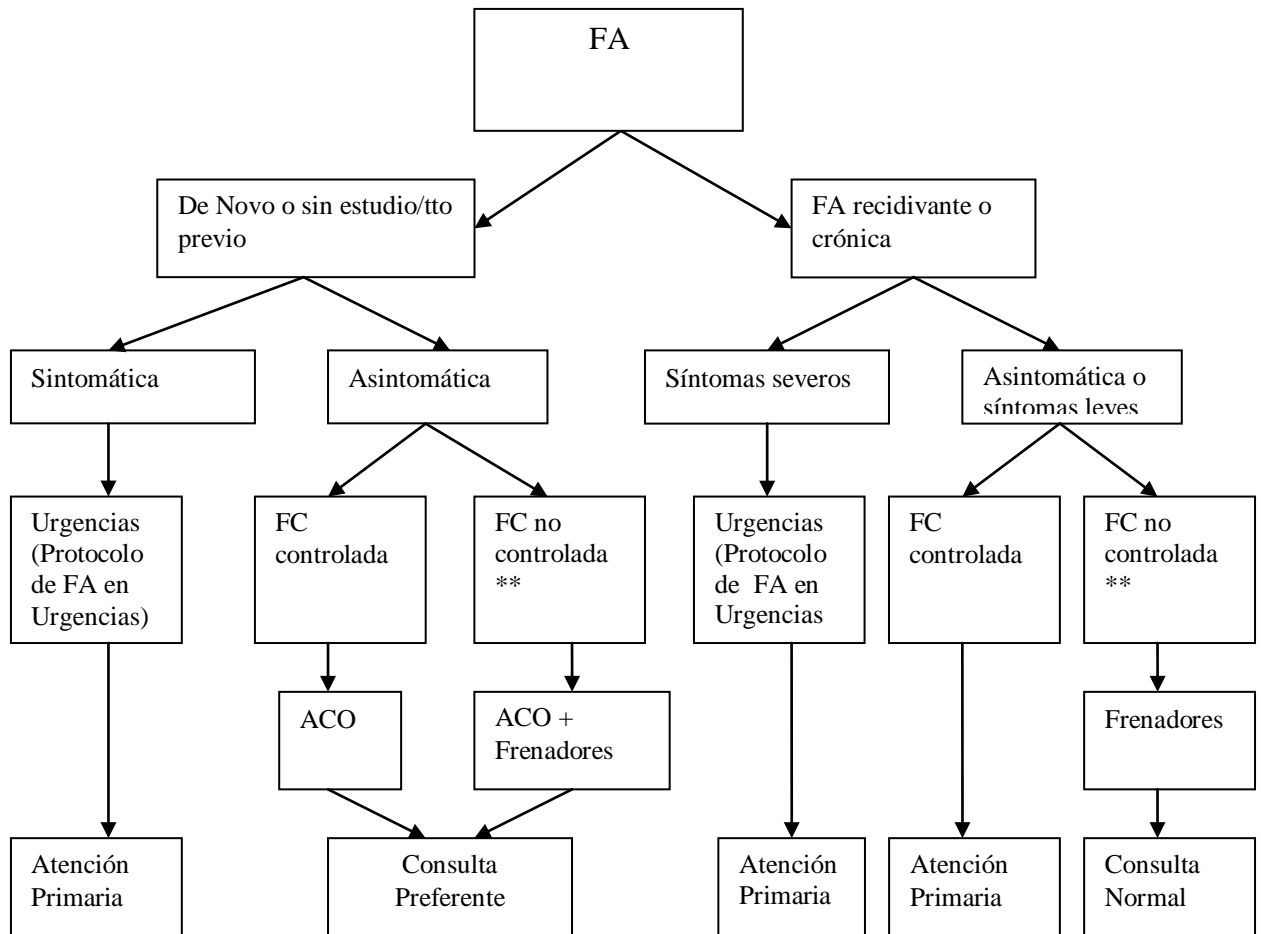
Nota: Estas derivaciones son para pacientes no estudiados previamente o que han presentado un cambio en su situación previa. Los pacientes que han sido vistos en el Hospital (ingresados o de urgencias) se considerarán en general como estudiados y controlados y sólo si se produce un cambio en las características o presentación del dolor serán enviados a consultas para intentar su control.

ANEXO 3B

ARRITMIAS:

Se debe proporcionar el registro electrocardiográfico, si se dispone de él, cuando se remita al paciente

- Bradicardias (sinusal o por bloqueo AV):
 - Sintomática (descartada reacción vagal): Urgencia hospitalaria.
 - Asintomática o Bloqueo AV de 1º o de 2º tipo Weckenbach: Control por AP
 - Otros bloqueos AV (2º tipo Mobitz II o disociación AV) no sintomáticos: Consulta Preferente.
- Taquicardias:
 - QRS ancho (> 0,12 s): Urgencias hospitalaria
 - QRS estrecho (< 0,12 s):
 - Regular:
 - Durante el episodio agudo: Urgencias hospitalaria
 - Tras el episodio agudo: Consulta Normal (excepto flutter auricular que será remitido a Urgencias hospitalaria)
 - Irregular (Fibrilación auricular):



* Síntomas severos: Angor severo, disnea importante o signos de insuficiencia cardíaca, inestabilidad hemodinámica.

** FC no controlada: > 120 l/m

ACO: Anticoagulantes orales

Frenadores: Digoxina, Betabloqueantes, Calcioantagonistas frenadores (verapamilo, diltiazem).

- Extrasístoles ventriculares:
 - aisladas no sintomáticas: Control por Atención Primaria.
 - aisladas sintomáticas: Consulta normal.

ANEXO 3C

INSUFICIENCIA CARDIACA (IC):

Introducción:

La IC es un problema de salud de primer orden para los países desarrollados. En España es responsable del 4-8% de las muertes y es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en los mayores de 65 años.

A pesar de los avances terapéuticos de los últimos años, la tasa de ingresos sigue siendo muy elevada, y no se ha observado una mejoría significativa del pronóstico en la población general.

Por ello la IC representa un problema sanitario de primera magnitud por su elevada mortalidad, su enorme gasto sanitario (en España, en 1995, entre 75.000 y 150.000 millones de pesetas por gasto directo, de los que 2/3 son atribuibles a la hospitalización), y por el enorme deterioro de la calidad de vida y capacidad funcional que provoca en los pacientes.

Se ha estimado que teóricamente sería posible reducir un 60% de las hospitalizaciones y un 30% la mortalidad por IC en España, basándose en un mejor control de los factores de riesgo y una mejora en el diagnóstico y tratamiento de esta patología (1).

El manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca exige del trabajo en equipo de distintos profesionales como médicos de AP, enfermeras, internistas y cardiólogos, por lo que la Asociación de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología apoya la creación de las Unidades de Insuficiencia Cardiaca como estamento coordinador de los distintos profesionales involucrados en el tratamiento de esta patología.

Entre ellos la atención primaria juega un papel fundamental en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca, por lo que es fundamental la coordinación con la atención

especializada. De esta necesidad nace el desarrollo de este tipo de protocolos, que suponen una orientación para el manejo extrahospitalario de estos pacientes y el inicio de una más estrecha colaboración con la Unidad de Insuficiencia Cardíaca.

Papel del médico de familia en el manejo del paciente con IC:

1. Detección de pacientes de riesgo (prevención primaria de IC): evitar su evolución a IC.
2. Detección de pacientes con sospecha clínica de IC. Evaluación inicial.
3. Prevención y manejo de factores precipitantes de descompensación y control evolutivo.
4. Paciente en IC terminal y tratamiento domiciliario.
5. Educación sanitaria general del paciente con IC.

Papel de la enfermería ante el paciente con IC:

1. Información y educación sanitaria al paciente y su familia.
2. Seguimiento del paciente con IC en la consulta: control de peso, TA, adherencia al tratamiento.
3. Atención domiciliaria junto al Médico de Familia en A.P.
4. Detección de síntomas/signos sugerentes de descompensación.
5. Cumplimentación del Plan de cuidados al paciente con IC hospitalario.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL:

A. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA:

El diagnóstico de IC debe incluir:

1. **Diagnóstico sindrómico:** establece la seguridad en el diagnóstico de IC.
2. **Diagnóstico fisiopatológico:** diferencia entre fallo sistólico y diastólico.
3. **Diagnóstico etiológico:** identifica la causa de la IC y los factores precipitantes.
4. **Diagnóstico funcional:** establece la gravedad de la IC según tolerancia al esfuerzo.

Diagnóstico sindrómico y fisiopatológico desde AP

La Sociedad Europea de Cardiología define la insuficiencia cardiaca como la “presencia de disnea y/o fatiga y/o edemas con demostración de disfunción ventricular en reposo” (HF Guidelines ESC, Eur Heart Journal, 2001)

En todo paciente con sospecha de IC debe realizarse:

- Historia Clínica: con especial atención a antecedentes y factores de riesgo cardiovascular.
- Exploración: especial atención a signos de congestión y/o de hipoperfusión.
- Rx de tórax: valorar índice cardiorácico y grado de hipertensión pulmonar.
- Analítica básica de sangre y orina: valorar función hepato-renal, lipidograma, glucemia e iones.
- Ecocardiografía – Doppler: valorar función VI y detectar cardiopatías corregibles.

Esquema de valoración inicial del paciente con sospecha de IC en una consulta de AP:

Factores de riesgo:

Edad, HTA, diabetes, cardiopatía isquémica. Otras cardiopatías.

Signos y síntomas: (*)

Disnea, ortopnea, DPN. Fatiga. Edemas. Oliguria. Presión venosa alta. Crepitantes. R3 y/o R4. Soplos. Hepatomegalia.

Exámenes complementarios:

ECG: infarto previo, fibrilación, BRIHH, HVI, isquemia.
Rx tórax: índice CT aumentado, signos de congestión pulmonar.
Analítica: hormonas tiroideas, Na, K, creatinina, BQ hepática, lipidograma.

Ecocardiografía-Doppler: Confirmación diagnóstica

Dg. fisiopatológico: fallo sistólico y/o diastólico.
Dg. etiológico: identificación cardiopatías causales corregibles.
Valoración de la FE.

(*) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (Framingham)

Criterios mayores

- Disnea paroxística nocturna
- Ingurgitación yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Edema agudo de pulmón
- Tercer tono
- Aumento presión venosa
- Reflujo hepato-yugular
- Pérdida de peso (> 4,5 Kg. con tratamiento)

Criterios menores

- Edemas MMII
- Tos nocturna
- Disnea de esfuerzo
- Hepatomegalia
- Derrame pleural
- Taquicardia (> 120 lpm)

**2 criterios mayores
ó 1 mayor y 2 menores.**

Diagnóstico etiológico:

Requiere identificar y analizar las siguientes causas de IC.

Por disfunción ventricular:

- Cardiopatía coronaria: infarto previo o aneurisma ventricular.
- Cardiopatía hipertensiva.
- Valvulopatías o cardiopatías congénitas.
- Miocardiopatías: dilatada, hipertrófica o restrictiva.
- Estados hipercinéticos: anemia, hipertiroidismo, fístulas AV, cirrosis, déficit de tiamina...

Por obstrucción al llenado:

- Estenosis mitral.
- Pericarditis o derrame pericárdico.
- Mixoma.

Diagnóstico funcional:

Puede basarse exclusivamente en datos clínicos o técnicas complementarias (de uso más restringido)

Clase Funcional según la NYHA:

- Clase Funcional I: Sin limitación. Las actividades físicas habituales no causan disnea, cansancio ni palpitaciones.
- Clase Funcional II: Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
- Clase Funcional III: Limitación marcada de la actividad física. Actividades menores le causan síntomas.
- Clase Funcional IV. Incapacidad de realizar cualquier actividad sin síntomas. Los síntomas aparecen incluso en reposo.

B. TRATAMIENTO:

Casi siempre el médico de AP puede iniciar el tratamiento del paciente con IC antes de recibir pruebas complementarias especiales. Como regla general el tratamiento de la IC incluye:

Tratamiento no farmacológico:

- ✓ Restricción salina
- ✓ Ejercicio físico regular
- ✓ Supresión de hábitos tóxicos (alcohol, tabaco)
- ✓ Control del balance hídrico
- ✓ Evitar el sobrepeso
- ✓ Vacunaciones recomendadas
- ✓ Control estricto de los factores de riesgo

Tratamiento farmacológico:

Se expone esta guía de referencia rápida con los niveles de evidencia:

A	Considerar el tratamiento con un IECA .
A	Considerar el tratamiento con un β-bloqueante en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca estable, leve a moderada (clases HV de la NYHA) con gran precaución y sólo bajo la supervisión de un especialista.
A	Considerar el tratamiento con diuréticos , si existen síntomas de retención de agua y sodio.
A	Considerar el tratamiento con espironolactona (25 mg al día por vía oral) en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca moderadamente grave o grave (clases III/IV de la NYHA), si persisten los síntomas y la retención de sodio y agua (es imprescindible una rigurosa monitorización de los parámetros bioquímicos en sangre).
A	Considerar el tratamiento con digoxina en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca clase III/IV de la NYHA si persisten los síntomas, existe una función sistólica del ventrículo izquierdo muy pobre o persiste la cardiomegalia.
A	Considerar el tratamiento combinado con hidralazina y dinitrato de isosorbida o un antagonista de los receptores de angiotensina II , si el paciente verdaderamente no tolera un IECA .
C	Considerar el tratamiento con un inhibidor de la HMG CoA reductasa (una estatina), si existe una enfermedad arterial coronaria.

ANGINA

A	Considerar el tratamiento con β-bloqueantes (si no se están administrando ya). Nitratos vía oral. Antagonistas del calcio (solamente amlodipino).
----------	--

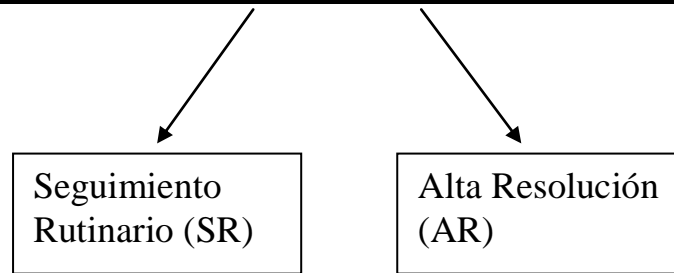
FIBRILACIÓN AURICULAR

B	Considerar el tratamiento con digoxina . Considerar el tratamiento con anticoagulantes . Considerar la derivación para estudiar la cardioversión y el posible tratamiento con amiodarona para mantener el ritmo sinusal.
----------	---

INMUNIZACIÓN

A	Todos los pacientes con Insuficiencia Cardíaca deben vacunarse una vez contra el neumococo y anualmente contra la gripe.
✓	Si es posible, interrumpir el tratamiento con fármacos que agraven la Insuficiencia Cardíaca, como los AINE y la mayoría de los antagonistas del calcio .

CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA



En consulta de seguimiento rutinario (SR) se verán los pacientes incluidos en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, mientras que en la consulta de Alta Resolución (AR) serán vistos los pacientes derivados desde atención primaria.

Criterios de inclusión en la Unidad de IC (SR):

- Paciente con IC avanzada (CF III-IV).
- Pacientes con ingresos repetidos por IC
- Paciente con ingreso por IC y disfunción VI severa (FE < 40%)
- Paciente joven (< 60 años) con disfunción VI severa (FE < 40%)
- Paciente con IC carente de apoyo familiar

Criterios de exclusión de la unidad de IC:

- Paciente con IC de causa corregible (isquémica, taquimiocardiopatía, MD alcohólica...) una vez solucionada.
- Paciente con IC secundaria a otra enfermedad de pronóstico ominoso a corto plazo (EPOC severa, IRC terminal...)
- Paciente con IC y enfermedad terminal asociada con pronóstico ominoso a corto plazo (cáncer terminal...)

Criterios de derivación a consulta de alta resolución (AR):

- Valoración inicial (etiológica y pronóstica):Ecocardio
- Complicaciones:
 - FA, Angina estable, infecciones
 - PAS < 90 mmHg
 - Creatinina > 2,25, K > 5,5, Na < 130
 - IC grave
- Reajuste terapéutico si situación familiar desfavorable o sospecha de incumplimiento

El *protocolo de derivación* incluirá:

Anamnesis

Exploración

Pruebas complementarias básicas (ECG, Rx de tórax, Analítica)

Diagnóstico de presunción.

Criterios de derivación a urgencias-ingreso:

-Reagudización-descompensación (EAP, shock, anasarca...)

-IC estable descompensada por :

- Proceso grave precipitante: Neumonía, sepsis, anemia grave, angina, taquiarritmia, sospecha de intoxicación digitálica, alteraciones psiquiátricas...)
- Proceso de base intercurrente descompensado : EPOC, DM, IRC...

-IC refractaria a tratamiento convencional

-IC aguda grave de nueva aparición.

-Complicaciones: Arritmias graves, hipotensión sintomática, síncope, sospecha de TEP

La Unidad de Insuficiencia Cardíaca de seguimiento rutinario (SR) será atendida por el Dr. Martínez de la Concha y la de Alta Resolución (AR) por el Dr. Antonio Címbora Ortega. Mientras que el primer tipo de consulta se citará directamente desde el propio Servicio de Cardiología, a la segunda se podrá acceder directamente desde los propios Centros de Salud mediante el sistema de telecitas en el epígrafe PCAR de la consulta del Dr. Címbora situada en el edificio “L” cercano al H. Perpetuo Socorro.1