

CRITERIOS COMPARTIDOS DE DERIVACIÓN A CARDIOLOGÍA POR SÍNTOMAS O SIGNOS PRINCIPALES

SÍNTOMAS/SIGNOS	CRITERIOS DE DERIVACIÓN
DOLOR TORÁCICO	<ul style="list-style-type: none"> • Anginoso, con cambios en umbral de esfuerzo o frecuencia en los últimos 30 días → Remitir al S. de URGENCIAS • Anginoso, pero estable en los últimos 30 días → AAS, Estatina +/- BB o nitrato → Consulta de CARDIOLOGIA • Etiología dudosa. Especialmente si presenta FRCV → Consulta de CARDIOLOGÍA. • <i>Dolor torácico de características atípicas en ausencia de FRCV (baja probabilidad de enfermedad coronaria) la utilidad de una consulta presencial de Cardiología es baja.</i>
DISNEA	<ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de causa cardíaca → Consulta de CARDIOLOGÍA <u>Datos que apoyan causa cardíaca:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración ECG - Elevación de NTproBNP - Cardiomegalia o datos sugestivos de IC en Rx de tórax - Signos sugestivos de IC o necesidad de tratamiento diurético. • <i>Disnea a estudio con <u>ECG NORMAL y NT-proBNP bajo</u>, la utilidad de una consulta presencial de Cardiología es baja. IMPORTANTE: Han de tenerse en cuenta las causas que producen una elevación mantenida de NTproBNP en ausencia de IC (edad > 75 años, Arritmias auriculares, insuficiencia renal crónica) y aquellas que pueden causar falsos negativos (Obesidad).</i>
PALPITACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitaciones recientes con mala tolerancia clínica o hemodinámica → S. de URGENCIAS. • Sospecha de cardiopatía subyacente → Consulta de CARDIOLOGÍA. • Arritmias sostenidas, frecuentes y limitantes sin indicación de valoración en el S. de Urgencias → Consulta de CARDIOLOGÍA. • <i>En aquellos pacientes con <u>palpitaciones de causa no cardíaca</u> (por ejemplo taquicardia sinusal en relación con anemia o alteración tiroidea), aquellas debidas a <u>hipertonía simpática</u> (estrés emocional, consumo de té/café, relacionadas con el uso de beta-agonistas, etc.) o aquellas <u>esporádicas en las que no exista sospecha de cardiopatía estructural</u> (ECG basal normal) la utilidad de una consulta presencial de Cardiología es baja.</i>
SÍNCOPE	<ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de síncope cardiogénico reciente, recurrente o con compromiso hemodinámico → Servicio de URGENCIAS. • Sospecha de síncope cardiogénico sin datos de indiquen valoración en Urgencias → Consulta de CARDIOLOGÍA <u>Datos que apoyan síncope cardiogénico:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sin pródromos • Precedido de palpitaciones o dolor torácico

- Durante la realización de ejercicio intenso
- Soplo sistólico significativo
- En decúbito
- Portador de Marcapasos o Desfibrilador
- ECG basal anormal (Bradiarritmias, bloqueos bi o trifasciculares, signos de preexcitación, bloqueos de rama, prolongación del QTc, datos sugestivos de Cardiopatía isquémica crónica o datos de HVI o sobrecarga ventricular)
- **Sospecha de síncope neuromediado recurrente e invalidante**
→ Consulta de CARDIOLOGÍA.
- **Dudas sobre la etiología del síncope** → Consulta de CARDIOLOGÍA
- *En aquellos casos de síncopes/presíncopes reflejos “benignos” (vasovagales o situacionales) más típicos de personas jóvenes, precedidos de pródromos, en los que se identifica un desencadenante claro, relacionados con la bipedestación mantenida, de corta duración y con exploración física y ECG basal normal la utilidad de una consulta de cardiología es **baja**.*

SOPLO CARDIACO

- **El hallazgo de un soplo cardiaco no conocido en la exploración física debe ser estudiado** → Consulta de CARDIOLOGÍA
La detección de un soplo cardiaco ha de acompañarse de la búsqueda de síntomas/signos que pudiesen sugerir una valvulopatía relevante o datos ECG que pudiesen orientar a otras causas de soplo cardiaco (p.e Miocardiopatía hipertrófica)

ALTERACIONES ECG

- **Bloqueos de segundo grado Mobitz II o de tercer grado, así como las arritmias ventriculares sostenidas o supraventriculares con mala tolerancia clínica/hemodinámica** → Servicio de URGENCIAS.
- **Alteraciones en el ST/T en paciente con dolor torácico que hagan sospechar SCA con o sin elevación de ST** → 061 o S. de URGENCIAS.
- **Determinadas alteraciones ECG en pacientes asintomáticos se benefician de consulta en CARDIOLOGÍA:**
 - Extrasístoles ventriculares (EV), especialmente si son frecuentes (> 6 EV/minuto), están acoplados con el latido sinusal normal (bigeminismos, trigeminismos), dobletes, tripoletes u originados en múltiples focos (de distinta morfología en una derivación), existe una mayor posibilidad de que vayan asociados a cardiopatía.
 - Bloqueo de rama derecha. Aunque aparece con frecuencia en pacientes con patología pulmonar y no implica necesariamente cardiopatía estructural, es aconsejable un estudio cardiológico.
 - Bloqueo de rama izquierda. Con frecuencia se asocia a cardiopatía de base, por lo que requiere estudio cardiológico.

- Datos de hipertrofia o crecimiento ventricular izquierdo o derecho. Requieren estudio ecocardiográfico.
 - Presencia de ondas Q patológicas.
 - Datos que sugieran preexcitación (síndrome WPW).
 - ECG sugestivo de S. de Brugada.
 - Prolongación del segmento QTc
 - Alteraciones en el ST/T que sugieran cardiopatía subyacente en paciente asintomático.
 - Presencia de arritmias supraventriculares (no conocidas previamente): Fibrilación auricular, Flutter auricular, Taquicardia auricular, Taquicardia intanodal
 - *Aquellos casos de alteración ECG en los que el beneficio de una consulta presencial de cardiología es **baja** son los siguientes:*
 - Arritmia respiratoria (intervalos RR que se acortan con la inspiración) -> ritmo normal, sin transcendencia clínica
 - Extrasístoles supraventriculares (ESV) asintomáticas u oligosintomáticas -> sin transcendencia clínica.
 - Bradycardia sinusal con buena tolerancia clínica
 - Bloqueo AV de primer grado o segundo grado Mobitz I en paciente asintomático -> sin transcendencia clínica.
 - Hemibloqueo anterior izquierdo -> habitualmente sin transcendencia clínica.
 - Repolarización precoz. -> sin transcendencia clínica.
-