

PROCESOS CARDIOVASCULARES COMPARTIDOS CARDIO-AP

PROCESO

SEGUIMIENTO COORDINADO AP – CARDIOLOGIA

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

- **Cardiopatía isquémica crónica (debut \leq 12 meses) de bajo riesgo (FEVI normal, revascularización completa) \rightarrow Seguimiento por CARDIOLOGÍA (3 y 12 meses) de forma coordinada con AP durante este periodo para la conseguir alcanzar objetivos de prevención secundaria.**

Si en este periodo el tratamiento está optimizado y el paciente está estable, debería remitirse el paciente a AP para continuar seguimiento.

¿Cuándo reenviar/consultar?

- Reinicio de síntomas (angor, IC, sincope, palpitaciones, etc.)
- Control subóptimo de FRCV
- Dudas tratamiento
- Cambios electrocardiográficos

- **Cardiopatía isquémica crónica que NO cumplen criterios de bajo riesgo.** (independientemente del tiempo del debut) \rightarrow Seguimiento individualizado en Consulta de C. ISQUÉMICA COMPLEJA +/- INSUFICIENCIA CARDIACA

Datos de complejidad:

- Revascularizaciones múltiples o incompletas.
- Múltiples FRCV de difícil control
- FEVI $<$ 50%
- Revascularización incompleta
- Síntomas persistentes

Independientemente de que el paciente se encuentre o no asintomático, este grupo de pacientes se beneficia de un seguimiento coordinado Cardiología - AP.

INSUFICIENC. CARDIACA

- **Insuficiencia cardiaca por disfunción sistólica:**
A. Pacientes estables en clase funcional NYHA I-II, sin descompensaciones recientes y con tratamiento médico optimizado es ideal el seguimiento coordinado entre AP y AE (seguimiento cada 6 meses –de forma anual en AE-).

¿Cuándo priorizar una consulta a Cardiología?

- Descompensación de IC manejada ambulatoriamente (especialmente sin factor precipitante identificado)
- Aumento de disnea y elevación de NTproBNP respecto al basal, sin otra causa identificada.
- Aparición de nuevos síntomas: palpitaciones, mareos/sincope, dolor torácico, etc.).
- Datos que pueden sugerir bajo gasto (necesidad de reducir IECA/ARA II por hipota, deterioro de función renal, etc.).
- Dudas sobre el tratamiento

B. Aquellos pacientes con síntomas persistentes NYHA III-IV, pendientes de completar titulación de fármacos o candidatos a terapias farmacológicas/no-farmacológicas avanzadas se benefician de un seguimiento estrecho en Cardiología y una coordinación con AP.

- **Insuficiencia cardiaca por disfunción diastólica o FEVI preservada: A día de hoy el tratamiento de esta entidad es sintomático y no existe ninguna alternativa de tratamiento farmacológico/no farmacológico que haya evidenciado un aumento en la supervivencia. El beneficio de un seguimiento rutinario de este grupo de pacientes en la consulta de Cardiología es escaso.**

**FIBRILACIÓN /
FLUTTER
AURICULAR**

- **Episodio de FA/FLUTTER con mala tolerancia clínica o hemodinámica → S. de URGENCIAS**
- **Episodio de FA de inicio < 48 horas (valorar cardioversión) → S. de URGENCIAS.**
- **FA/FLUTTER de reciente diagnóstico, bien tolerado y de inicio incierto o > 48 horas → Valorar indicación de anticoagulación ($CHA_2DS_2\text{-}vasc \geq 1$) en ausencia de contraindicación, optar por control de frecuencia cardiaca y remitir a Consulta de CARDIOLOGIA para realización de ecocardiograma (evaluar si candidato o no a NACO) y decidir cuál es la mejor estrategia (control de ritmo o control de frecuencia cardiaca).**
- ***El paciente con antecedente de FA/FLUTTER, ya valorado en Cardiología, que se encuentra estable, asintomático, con adecuado control de frecuencia cardiaca (o en RS cuando se ha optado por control de ritmo) y buena tolerancia al tratamiento médico no se beneficia de un seguimiento rutinario en la consulta de Cardiología. ¿Cuándo reenviar a Cardiología?***
 - *Mal control de frecuencia cardiaca (importante descartar otras causas: anemia, procesos febriles, alteración tiroidea, uso de beta-agonistas, etc.).*
 - *Recurrencia de FA sintomáticas en paciente que se había decidido estrategia de control de ritmo.*
 - *Mala tolerancia a fármacos.*
 - *Presencia de síntomas a pesar de un adecuado control de la frecuencia cardiaca.*

**CARDIOPATÍA
VALVULAR**

A.- VALVULOPATÍA AÓRTICA:

INSUFICIENCIA AÓRTICA (IAo):

- IAo leve - moderada (revisión ecográfica en 2 años)
- IAo severa asintomática y FEVI normal (revisión ecográfica en 1 año). Si existe dilatación ventricular realizar adelantar a los 6 meses.

ESTENOSIS AÓRTICA (EAo):

- Esclerosis valvular aórtica: Ecocardiograma a los 5 años.
- EAo leve sin calcificación: revisión ecográfica en 2 – 3 años.
- EAo leve-moderada con importante calcificación: revisión ecográfica en 1 año.
- EAo severa asintomática: revisión ecográfica cada 6 meses.

B.- VALVULOPATÍA MITRAL:

INSUFICIENCIA MITRAL (IM):

- IM ligera por prolapso valvular: Ecocardiograma en 3 años.
- IM moderada con FEVI normal: Ecocardiograma en 1 – 2 años.
- IM severa asintomática y FEVI > 60%: ecocardiograma cada 6 meses.

ESTENOSIS MITRAL (EM):

- EM moderada asintomática: Ecocardiograma en 2 – 3 años.
- EM severa asintomática: Ecocardiograma en 1 año.

C.- PRÓTESIS VALVULARES: En todo paciente portador de prótesis valvular (biológica/mecánica) implantada mediante esternotomía o vía transcateter ha de realizarse un estudio ecocardiográfico a los 30 días post-implante.

- **Prótesis BIOLÓGICAS:** Se realizará un control 1-año post-implante y, si es normofuncionante, posteriormente de forma anual.
- **Prótesis MECÁNICAS:** En pacientes portadores de prótesis mecánicas asintomáticos no está indicada la realización de estudio ecocardiográfico de forma rutinaria. El seguimiento clínico ha de establecerse anualmente.

¿Cuándo priorizar una revisión en Cardiología independientemente del tiempo recomendado para realizar el estudio ecocardiográfico?

- **Aparición de síntomas.** Especialmente disnea con elevación de NTproBNP que no se justifica por otra causa, desarrollo de IC, dolor torácico con esfuerzos o síncope.
- **Cambio en la intensidad del soplo que sugiera progresión.**
- **Sospecha de disfunción protésica:** IC, anemia hemolítica, soplo de reciente aparición.

DILATACIÓN DE AORTA

- **Si existe una dilatación de aorta ascendente > 40 mm** ha de completarse el estudio con Angio-TAC o Angio-RM.
- **La realización de Ecocardiograma como prueba de imagen de seguimiento para la dilatación de aorta está justificada en aquellos ANEURISMAS localizados a nivel de la Raíz Aórtica.** La detección de un incremento ANUAL de > 3 mm mediante esta técnica ha de validarse con angioRM o angioTAC.
Si se demuestra estabilidad en las pruebas de imagen los controles pueden pasar a hacerse bianual

2.b.- ¿Qué puede ofrecer Atención Primaria a Cardiología?

- Incluir en historia electrónica REGISTRO DE ECG ya que aporta mucha información al cardiólogo para toma de decisiones. No sólo es importante para la resolución remota de casos, sino también para la decisión de solicitud de prueba directa o determinación de la prioridad de una consulta presencial.
- La EXPLORACIÓN FÍSICA, en especial la presencia/ausencia de soplos cardiacos o signos que hagan sospechar la presencia de insuficiencia cardiaca, son datos muy relevantes para la toma de decisiones del Cardiólogo. Ha de hacerse constar en todos los pacientes.
-
- Especialmente en pacientes cuya sospecha es el dolor torácico, la inclusión de INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE podría favorecer la decisión de decantarse por la solicitud de una u otra prueba directamente (evitando así la consulta presencial).
- La determinación de NT-proBNP (que ya puede realizarse en el Centro de Salud sin necesidad de tubo específico) en pacientes con disnea, sospecha de insuficiencia

cardíaca o deterioro clínico en el paciente cardiópata aporta gran información para la toma de decisiones del cardiólogo en este contexto.

- La realización de una analítica (hemograma, TSH) en pacientes que consultas por PALPITACIONES, así como la identificación/corrección de todos aquellos factores que conllevan una hipertonía simpática (estrés, cafeína/teína, etc.) o la presencia de antecedentes familiares de Muerte Súbita pueden dar importante información al cardiólogo sobre el beneficio de una consulta presencial.
- Conocer si existen AF de Muerte súbita también es importante en aquellos pacientes que consultan por SÍNCOPE de perfil cardiogénico.

Datos importantes en la Solicitud de Consulta a Cardiología	¿En qué pacientes?
REGISTRO ECG (IANUS)	Muy importante en TODOS los pacientes
SÍNTOMAS	Es el dato más importante para la toma de decisión del cardiólogo. Muy importante en TODOS los pacientes.
EXPLORACIÓN FÍSICA	Muy importante en TODOS los pacientes. Especialmente ha de indicarse la presencia o ausencia de <u>SOPLOS CARDÍACOS</u> y si existen <u>SIGNOS</u> exploratorios que hagan sospechar la presencia de <u>INSUFICIENCIA CARDIACA</u> .
SOLICITUD DE CONSULTA PRESENCIAL (sin valoración por Cardiología)	Si el MAP prefiere cita presencial en lugar de valoración de la solicitud por el Cardiólogo debe ESPECIFICARLO EN LA PETICIÓN . El paciente será citado por la secretaria en la lista de espera de la Consulta de Cardiología General sin valoración por parte del facultativo de cardiología, tal y como se realiza hasta el momento.
INDICAR ESTADO FÍSICO	Especialmente importante en aquellos pacientes que presentan <u>DOLOR TORÁCICO</u> o <u>DISNEA DE</u>

ESFUERZO (por si se plantea prueba de esfuerzo)

PARÁMETROS ANALÍTICOS

- **TSH, hemograma** Importante en **PALPITACIONES**
..... Importante en estudio de **DISNEA**
- **NTpro-BNP** o sospecha de **INSUFICIENCIA**
..... **CARDIACA**

ANTECEDENTES FAMILIARES Importante en pacientes con
DE MUERTE SÚBITA o clínica de **PALPITACIONES** o
CARDIOPATÍA/CANALOPATÍAS **SINCOPEs**.

- Si todas las peticiones de Primera Consulta son valoradas por el Cardiólogo y respondidas en < 7 días, sería necesario que el MAP establezca una **CITA POSTERIOR (PRESENCIAL O TELEFÓNICA)** para explicar al paciente las decisiones tomadas por el Servicio de Cardiología (revisión presencial, ajuste de tratamiento, solicitud de prueba).