

CRITERIOS DE DERIVACION EN INSUFICIENCIA CARDIACA

CRITERIOS DE DERIVACION DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

- **Paciente con síntomas** (Disnea esfuerzo – Ortopnea – Disnea paroxística nocturna) **y/o signos** (Edemas de MMII – Galope por 3^{er} ruido – Ingurgitación yugular – Estertores húmedos pulmonares – Soplo grado 3/6 o superior); que **no haya sido previamente** estudiado por Cardiología.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con **clínica aislada de disnea** con pruebas complementarias normales con clara causa no cardiológica para sus síntomas.
- Pacientes con **patología pulmonar significativa** que consultan por disnea y presentan en analítica **péptidos natriuréticos en rango normal** (ver anexo 2).

CRITERIOS DE CALIDAD DE DERIVACIÓN:

- Anamnesis completa con examen físico y medicación actualizada.
- ECG
- Analítica completa con perfil cardiaco, hemograma, coagulación y hormonas tiroideas. ¿NT-Pro BNP? (extracción hospitalaria)
- Rx-Tórax.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DIRECTA A URGENCIAS:

- Clínica y signos compatibles con insuficiencia cardiaca y disnea de reposo (CF IV NYHA).
- Clínica y signos compatibles con insuficiencia cardiaca con compromiso hemodinámico
 - TA < 100/60 y signos de mala perfusión.
 - Desaturación importante (Sat < 90%)
 - FC extremas
- Insuficiencia cardíaca con alteraciones en ECG sugerentes de causas asociadas agudas o descompensadas (isquémica, arritmica, etc).

CRITERIOS DE ALTA DE CCEE DE CARDIOLOGÍA:

- Paciente estudiado por sospecha de insuficiencia cardíaca, sin cardiopatía estructural y/o disfunción diastólica (FEVI normal).
- Paciente con cardiopatía estructural estable (valvular, isquémica, miocardiopatía) y capacidad funcional CF I-II.
- Paciente con cardiopatía estructural no candidato a más actuación por Cardiología (pacientes con cardiopatía en fase terminal; mala situación basal u/o comorbilidad severa-terminal; paciente en cuidados paliativos).

CRITERIOS DE NUEVA DERIVACIÓN TRAS ALTA DE CCEE (DE ESPECIAL RELEVANCIA EN PATOLOGÍA CRÓNICA):

- Paciente **ya estudiado previamente** en Cardiología con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y **cardiopatía estructural relevante** (Valvulopatía moderada-severa, cardiopatía isquémica, Miocardiopatías); que fuera dado de alta por estabilidad y que **inicia descompensación progresiva sin causa evidente** (anexo 1)
- Paciente con **disfunción severa de ventrículo izquierdo** (FEVI < 35%) que no siga revisión en C.E Cardiología que a pesar de tratamiento óptimo siga con clínica de disnea GF II-III de la NYHA.

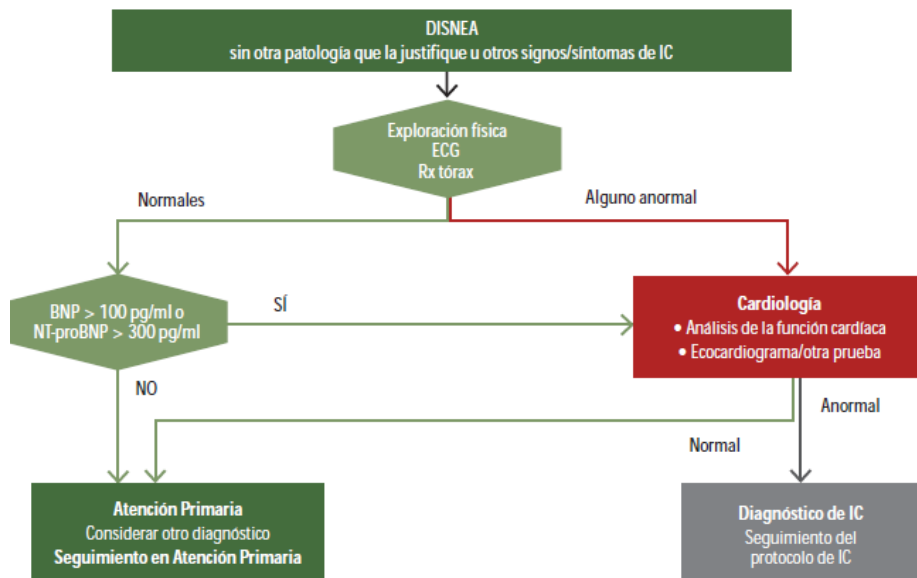
ANEXOS

• Anexo 1-. Síntomas y signos sugerentes de insuficiencia cardíaca

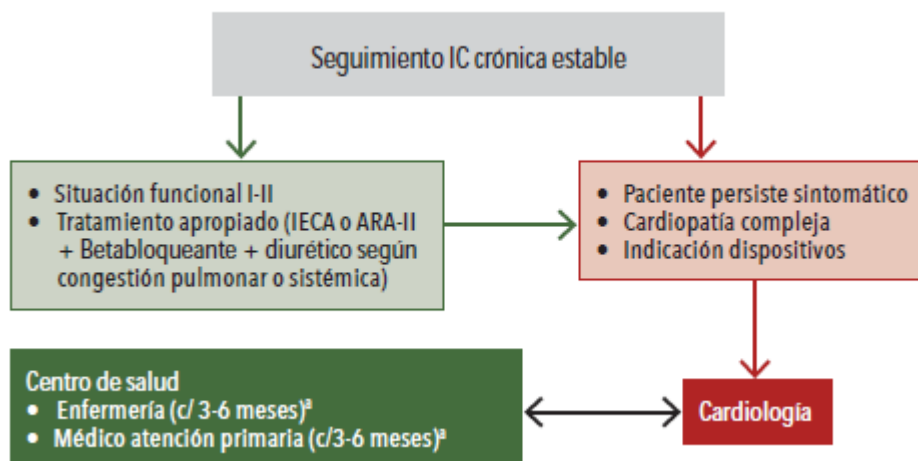
Síntomas	Signos
Típicos: - Disnea - Ortopnea - Disnea paroxística nocturna - Baja tolerancia al ejercicio - Fatiga, cansancio, más tiempo de recuperación tras practicar ejercicio - Edemas extremidades inferiores	Más específicos: - Presión venosa y yugular elevada - Reflujo hepatoyugular - Tercer sonido del corazón (ritmo de galope) - Impulso apical desplazado - Soplo cardíaco
Menos típico: - Tos nocturna - Sibilancias - Aumento de peso (> 2 kg/semana) - Pérdida de peso (IC avanzada) - Sensación de hinchazón - Pérdida de apetito - Confusión (especialmente en ancianos) - Depresión - Palpitaciones - Síncope	Menos específicos: - Edema periférico (tobillos, del sacro, escrotal) - Crepitantes pulmonares - Menos entrada de aire y matidez a la percusión en las bases pulmonares (efusión pleural) - Taquicardia - Pulso irregular - Taquipnea (> 16 rpm) - Hepatomegalia - Ascitis - Pérdida de peso (caquexia)

IC: insuficiencia cardíaca.

Anexo 2-. Diagrama de flujo diagnóstico de disnea por insuficiencia cardíaca



• **Anexo 3-. Seguimiento de pacientes ya diagnosticados de insuficiencia cardíaca**



Situación funcional I-II
Sin descompensaciones por IC en el último año (no ha precisado ingreso)
Tratamiento optimizado (IECA o ARA-II + betabloqueadores + diuréticos según congestión pulmonar o sistémica)
Candidatos a seguimiento de IC crónica por cardiología y Atención Primaria
Cardiopatía estructural que precisa seguimiento específico: • Valvulopatía moderada o grave con opciones terapéuticas específicas. Pacientes con prótesis valvulares • Cardiopatía isquémica sintomática o con revascularización percutánea o quirúrgica • Miocardiopatía significativa • Portadores de desfibrilador automático o marcapasos resincronizador • Candidatos potenciales a trasplante cardíaco