

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD VALDIVIA
HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE VALDIVIA

**GUIA DE ORIENTACION Y CRITERIOS DE
DERIVACION DE PACIENTES AL POLICLINICO DE
CARDIOLOGIA DESDE ESTABLECIMIENTOS DE LA
RED ASISTENCIAL Y OTRAS ESPECIALIDADES DEL
HOSPITAL DE VALDIVIA**

2007

INDICE:

Pág. 2	OBJETIVO EVALUACION INDICADOR PROPUESTO AUTOR COLABORADORES EDICION ARCHIVO COMPUTACIONAL ABREVIATURAS
Pág. 3	EVALUACIONES PREOPERATORIAS SOPLOS CARDIACOS
Pág. 4	ELECTROCARDIOGRAMAS ALTERADOS INSUFICIENCIA CARDIACA
Pág. 5	TRATAMIENTO
Pág. 7	DOLOR TORACICO
Pág. 8	CARDIOPATIAS VALVULARES ARRITMIAS

OBJETIVO:

Lograr una eficiente y oportuna atención al paciente mediante una adecuada coordinación y uso de los recursos existentes en la especialidad.

EVALUACION:

Al término del semestre de puesta en marcha, con informe de los usuarios internos constituidos como equipo de los establecimientos

INDICADOR PROPUESTO:

Porcentaje de pacientes con derivación adecuada (informe del Jefe de Unidad o Policlínico de Cardiología).

Posteriormente se realizará evaluación similar una vez al año.

AUTOR:

Dr. Eduardo Garcés Flores – Médico Cardiólogo Unidad de Cardiología Hospital Clínico Regional de Valdivia.

COLABORADORES:

E.U. Sra. María Teresa Olivera Márquez, Jefe Consultorio Adosado de Especialidades.

ABREVIATURAS:

IECA: Inhibidores de la Enzima convertidora de angio tensina

ECG: Electrocardiograma

IAM: Infarto agudo del miocardio

APS: Atención Primaria de Salud

Las solicitudes de atención e interconsultas a Cardiología se originan en alguna de las circunstancias y patologías que se señalan.

A. EVALUACIONES PREOPERATORIAS

Las solicitudes de evaluación preoperatoria deben ser enviadas directamente a la Unidad de Cardiología desde las distintas especialidades quirúrgicas del Hospital Regional de Valdivia.

Desde Consultorios pueden ser derivados en primera instancia al policlínico de Medicina Interna quienes, según necesidad, solicitarán evaluación cardiológica.

◆ No derivar a Cardiología

- Paciente Hipertenso Arterial compensado con ECG normal.
- Insuficiencia cardiaca no tratada
- Fibrilación auricular crónica en pacientes compensado
- Hallazgos ECG alterados según se describe más adelante

B. SOPLOS CARDIACOS

El hallazgo de un soplo patológico en paciente asintomático no constituye motivo de derivación a Cardiología. En Policlínico de Medicina Interna, el médico Internista podrá evaluar si el soplo amerita mayor estudio y solicitará Doppler Cardíaco.

No debe derivarse a pacientes con soplos protomesosistólicos de intensidades 1 ó 2 de 6, sólo auscultables en la base o mesocardio, en adultos jóvenes, pues corresponden a soplo funcional o "inocente".

C. ELECTROCARDIOGRAMAS ALTERADOS

Bloqueos de rama:

◆ Derivar a Cardiología

- Bloqueo completo de Rama derecha más hemibloqueo izquierdo anterior más PR prolongado (bloqueo trifascicular.)
- Bloqueo completo de Rama izquierda (habitualmente evidencia cardiopatía de base)

◆ No derivar a Cardiología

- Hallazgo ECG en paciente asintomático cardiovascular
- Bloqueo incompleto de Rama Derecha
- Bloqueo completo de Rama Derecha
- Hemibloqueo izquierdo anterior

◆ Control clínico y ECG anual en Consultorio

- Bloque completo de Rama Derecha más hemibloqueo izquierdo anterior (bloqueo bifascicular)
- Bloqueo completo de Rama Derecha más hemibloqueo izquierdo posterior (poco frecuente y de pronóstico más reservado, siempre y cuando dirigidamente no tenga síntomas como mareos, síncope, en cuyo caso debe derivarse a Cardiología.

D. INSUFICIENCIA CARDIACA

- **Diagnóstico:** Es clínico disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, fatigabilidad, edema de extremidades inferiores, ingurgitación venosa yugular, hepatomegalia, semiología auscultatoria pulmonar húmeda, ritmos cardiacos de galope por R3 y/o R4.
- **Etiologías más frecuentes:** Hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, miocardiopatías, enfermedades valvulares.

Tratamiento:

1. Evaluar tratamiento de la etiología cada vez que sea posible (plastía o recambio valvular, revascularización miocárdica, pericardiectomía en pericarditis constrictiva).
2. Detección y tratamiento de los factores desencadenantes:
 - Tratamiento insuficiente o inadecuado
 - Transgresiones en el régimen y actividad física
 - Hipertensión arterial no controlada
 - Isquemia miocárdica
 - Arritmias (fibrilación auricular)
 - Infecciones
 - Estados hiperdinámicos (anemia, embarazo, hipertiroidismo, fiebre, etc.)
 - Embolía pulmonar
3. Medidas no farmacológicas
 - Reposo
 - Restricción de la ingesta de sal
 - Estimular reducción de peso
4. Medidas farmacológicas
 - ◆ Diuréticos
 - Hidroclorotiazida 25 – 50 mg/día con función renal normal.
 - Furosemida 40 – 80 mg/día, útil con Clearance de Creatinina bajo el 50% del valor normal.

En ambos casos vigilar la aparición de hipopotasemia. Considerar en todos los casos el uso de 25 mg./ día de Espironolactona sola o asociada a los anteriores. Si se usa Espironolactona concomitante a IECA vigilar hiperpotasemia. El uso de Espironolactona tiene un impacto significativo en la reducción de la mortalidad en este grupo de pacientes.

◆ Digitálicos

Digoxina 0,125 – 0,25 mg/día como dosis de mantención. Usar en pacientes con fibrilación auricular asociada y en aquellos pacientes en los cuales el mecanismo predominantemente de la falla cardiaca sea la mala función contráctil (disfunción sistólica).

◆ IECA (inhibidores de la Enzima convertidora de Angiotensina). Actúan disminuyendo la pre y post carga y su uso también se asocia a reducciones en la mortalidad en estos pacientes.

Captopril 6,25 –12,5 mg. cada 6 – 8 hrs. y aumentar hasta una dosis máxima de 50 mg. cada 8 hrs.

Enalapril 2,5 a 5 mg. cada 12 hrs. y aumentar hasta 10 – 20 mg cada 12 hrs.

En ambos casos vigilar electrolitos plasmáticos, función renal e hipotensión arterial.

El uso de anticoagulantes y beta-bloqueadores queda reservado a indicación por especialista.

Cuándo derivar a Medicina Interna o Cardiología en Insuficiencia Cardiaca:

Insuficiencia cardiaca refractaria a tratamiento

Capacidad funcional III y IV persistente

Etiología potencialmente corregible

Factores precipitantes complejos (arritmias, embolia pulmonar, isquemia).

E. DOLOR TORACICO

La cardiopatía isquémica se puede presentar de variadas formas:

- Angina crónica estable
- Síndromes coronarios agudos o inestables (angina inestable, infarto miocárdico)
- Insuficiencia cardíaca
- Muerte Súbita

Siempre se debe derivar inmediatamente al Servicio de Urgencia más cercano los síndromes coronarios inestables y los pacientes con muerte súbita recuperados

- Frente a dolor precordial considerar la probabilidad isquémica miocárdica si el paciente tiene dos o más factores de riesgo asociados:
 - Varón mayor de 50 años o mujer mayor de 55 años
 - Hipertensión arterial
 - Diabetes Mellitus
 - Dislipidemia
 - Tabaquismo
 - Antecedentes familiares jóvenes con cardiopatía coronaria conocida
 - Obesidad
- Frente a dolor precordial un ECG normal en el momento del dolor tiene un valor predictivo negativo importante, es decir, baja probabilidad que el dolor sea coronario. Sin embargo, mayor valor tiene ECG normales seriados o no evolutivos (dos o más). En todo caso, la impresión clínica siempre debe prevalecer.
- El test de esfuerzo tiene un valor predictivo positivo del 60 a 70% y negativo del 50% en aquellos pacientes en que el dolor precordial ofrece dudas en su etiología y tiene su utilidad en el estudio del dolor precordial crónico.

◆ **Derivar a Cardiología**

- Pacientes post infarto
- Pacientes post angina inestable
- Pacientes con insuficiencia cardiaca de probable etiología isquémica reversible.
- Control ambulatorio de pacientes recuperados de muerte súbita o arritmias ventriculares complejas.

◆ **No derivar a cardiología**

- Pacientes jóvenes, sin factores de riesgo con dolores precordiales no característicos, considerar etiologías no coronarias, el más frecuente es la Esternocondritis.
- Pacientes con ECG no isquémicos y/o test de esfuerzo negativo
- Pacientes anginosos crónicos estables

F. CARDIOPATIAS VALVULARES

Derivar a Cardiología pacientes con soplo patológico significativo, con ECO Doppler previo para el diagnóstico y plan inicial. Posteriormente se controlarán en sus hospitales de origen y una vez al año en Cardiología, salvo que se plantee cirugía, tenga las características de Insuficiencia Cardiaca o se sospeche de Endocarditis Infecciosa.

G. ARRITMIAS

Derivar a Servicio de Urgencia todo paciente con arritmia (taqui o bradiarritmia), con compromiso hemodinámico o vital (Hipotensión, Angina Inestable, IAM, Edema Agudo Pulmonar). Deben ser evaluados hospitalizados por Cardiólogo y luego de su alta quedar en control en Policlínico de Cardiología.

- Fibrilación Auricular de reciente comienzo (menos de 48 hrs.): el paciente debe ser hospitalizado en Medicina vía unidad de Emergencia, con el objeto de evaluar uso de terapia anticoagulante y cardioversión farmacológica o eléctrica. Control posterior en Medicina o Cardiología.
- Flutter auricular: Derivar directamente a Cardiología previa coordinación telefónica con Policlínico.
- Arritmia ventricular benigna (monomorfa, poco frecuente, tardía), extrasistolía supraventricular, Taquicardia Paroxística Supraventricular con crisis ocasionales (menos de una vez al año), Fibrilación Auricular Crónica sin tratamiento, Bloqueos aurículo – ventricular simple y de segundo grado Mobitz I, no requieren control en Cardiología y pueden ser tratados en APS o Medicina Interna.

Informes urgentes de ECG vía Fax pueden ser enviados a Cardiología durante las mañanas, eventualmente en las tardes, hasta las 17 hrs. preguntando primero si existe disponibilidad de Cardiología para informe. En su defecto se puede recurrir a Médico Internista de Unidad de Emergencia.

Es muy importante que la decisión de solicitar un informe de ECG urgente vía Fax sea tomada por médico, con la finalidad de optimizar el sistema propuesto.