



Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 9: SEGUIMIENTO EN APS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y EPOC

Autor: Diego Bértola (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

OBJETIVOS:

Definir y valorar el rol del médico en el seguimiento y control ambulatorio de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estables. Considerar los tratamientos más apropiados para cada patología.

CASO CLÍNICO: Mario concurre a control al consultorio de su centro de salud, luego de una semana de su internación en el hospital a causa de una exacerbación de EPOC que desencadenó una descompensación de ICC con edema agudo de pulmón. Lleva la epicrisis, donde consta que al alta recibió prednisona 40 mg VO cada 24 hs + aerosol de salbutamol + ipratropio inhalatorio cada 6-8 hs + amoxicilina/ac. clavulánico 1g VO cada 12 hs hasta completar 7 días de tratamiento, terminando ese mismo día en el que consulta. Se encuentra medicado también con furosemida 40 mg VO cada 12 hs, valsartán 80 mg VO cada 24 hs, carvedilol 3,125 mg VO cada 12 hs y espironolactona 25 mg VO cada 24 hs.

El paciente refiere encontrarse mucho mejor, con disnea solamente ante moderados esfuerzos y leve edema en MMII. Tiene tos escasa, predominantemente seca. Al levantarse por la mañana, en cambio, presenta accesos de tos intensa que se acompañan de expectoración mucosa abundante y ceden luego de unos minutos. Ha mejorado el descanso nocturno, aunque hace 48 hs tuvo un episodio de disnea que lo despertó a la madrugada, obligándolo a incorporarse y abrir la ventana en búsqueda de aire fresco.

Examen físico: Signos vitales: PA 140/90 mmHg / FC 76 lpm / FR 18 cpm / T 36 °C / SO₂ 97 %.

Ingurgitación yugular 3/6 con colapso inspiratorio. Ruidos cardíacos hipofonéticos, silencios libres. Respiración costoabdominal sin uso de músculos accesorios. Murmullo vesicular disminuido de forma bilateral con rales crepitantes escasos en ambas bases. Vibraciones vocales conservadas y simétricas. Abdomen blando depresible e indoloro. Sin visceromegalias. Ruidos hidroaéreos conservados. Edemas simétricos infrapatelares con signo de Godet +.

PREGUNTAS GUIA:

¿Cómo se elabora adecuadamente una epicrisis? ¿Qué información debe contener? Intente redactar una epicrisis para que Mario al alta la pueda llevar al centro de Salud georreferenciado desde el Hospital de tercer nivel de complejidad, de modo de asegurar los cuidados de transición desde hospitalización hacia el seguimiento ambulatorio. ¿Qué otras formas de compartir la información entre los agentes de Salud que seguirán los cuidados del paciente propondría?

¿Cómo interpreta los síntomas y signos presentes en el del paciente?

¿Cuáles considera sugestivos de IC y cuáles de EPOC?

Con respecto a el cuadro de IC: ¿qué exámenes complementarios solicitaría?

¿Un laboratorio general que alteraciones podría evidenciar?

¿Qué datos podría encontrar en un ECG? ¿Y en una radiografía de tórax?

¿Qué información relevante aportaría un ecocardiograma doppler color? ¿Qué clasificación de la IC podría aplicar luego de realizado y estimar la fracción de eyección (FEy)? ¿Por qué es importante?

¿Cuál considera que es la causa más probable de la IC en este paciente? ¿Qué datos del ECG y ecocardiograma apoyarían su hipótesis?

¿Cuál es el tratamiento más apropiado para la IC con FEy disminuida? ¿Cuáles son los objetivos? ¿Es diferente al tratamiento de la IC con FEy preservada?

Rol de los siguientes tipos de medicamentos: bloqueantes beta-adrenérgicos, IECA, ARA II, ARA II + inhibidores de la neprilisina, diuréticos (de asa, tiazidas y antagonistas del receptor de mineralocorticoides), inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, digitálicos, antagonistas de la vasopresina, inhibidores de la corriente I_f del nodo sinusal, vasodilatadores orales.

Tratamiento no farmacológico: rehabilitación cardíaca, resincronización, desfibrilador implantable, asistencia ventricular, trasplante cardíaco.

En relación al cuadro de EPOC: ¿cómo evaluaría la presencia y severidad del cuadro?

¿Cuál es el estudio complementario fundamental y cuáles sus resultados confirmatorios?

¿Qué datos relevantes podría encontrar en un laboratorio general? ¿Considera necesario un EAB en todos los pacientes? ¿Cuándo debería evaluarse el déficit de α_1 -antitripsina?

¿Qué signos pueden observarse en un ECG y en una radiografía de tórax? ¿Cuándo es útil la realización de una TC de tórax?

¿Cuáles son las medidas generales recomendadas para todos los pacientes? ¿Cuál es el tratamiento farmacológico inicial para un paciente con EPOC estable según la severidad de la enfermedad? ¿Cuál es su objetivo? ¿Cómo evalúa la respuesta del tratamiento?

Rol de los siguientes tipos de medicamentos: broncodilatadores inhalados (β_2 –adrenérgicos y broncodilatadores anticolinérgicos), glucocorticoides inhalados, metixantinas, antibióticos, glucocorticoides sistémicos, mucolíticos. Diferencias con respecto al tratamiento del asma.

Tratamiento no farmacológico: rehabilitación respiratoria, oxigenoterapia suplementaria, cirugía de reducción de volumen.

¿Cuáles son las medidas terapéuticas que mejoran la sobrevida y cuáles las que mejoran solamente los síntomas? ¿Qué vacunas aplicaría en estos pacientes y que impacto espera de esa medida?