



**Carrera: Medicina**

**Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación**

**Área: Clínica Médica Unidad 4to año**

**UNIDAD TEMÁTICA 11: SEGUIMIENTO EN APS DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).**

**Autor:** Claudio Settecase (Clínica Médica – UDA Hospital Escuela Eva Perón)

**OBJETIVOS:**

Abordar el seguimiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en APS y en particular sobre cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y enfermedad renal crónica. Priorizar una atención integral, centrada en la persona, involucrando a familiares, cuidadoras, enfermería y asistente social. Resaltar el rol del médico como educador proporcionando información y las herramientas necesarias para el manejo de pacientes con ECNT teniendo como meta mejorar la calidad de vida a través de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

**CASO CLÍNICO:** Susana, es derivada a control ambulatorio luego de su reciente internación por infarto agudo de miocardio (IAM). La epicrisis describe una internación de 14 días con la siguiente información:

- Diagnósticos al alta:
  - 1) IAM anterior tratado con ACP de la ACD c/stent farmacoactivo (Killip 1)
  - 2) Fibrilación auricular aguda revertida con cardioversión eléctrica.
  - 3) Insuficiencia renal con una TFG de 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> no oligoanurica.
  - 4) Diabetes tipo 2 diagnosticada hace tres años.
  - 5) Obesidad, de 15 años de evolución, sedentarismo.
  - 6) Hipertensión arterial diagnosticada hace dos años.
  - 7) Dislipemia diagnosticada hace 3 años.
  - 8) Hipotiroidismo de larga evolución
- Indicaciones al alta: Dieta para diabético e hiposódica. AAS 100 mg/día VO. Bisoprolol 5 mg/día VO. Atorvastatina 20 mg/día VO. Clopidogrel 75 mg/día VO. Metformina 850 mg/2 veces por día. día VO. Pantoprazol 40 mg/día VO. Enalapril 5 mg/día VO. Acenocumarol 1 mg/día VO. Clonazepam 1 mg/ día VO. Insulina glargina 35 unidades pre desayuno, y consulta con Endocrinología
- Estudios complementarios realizados: **Angiografía coronaria:** lesión severa de la arteria coronaria descendente y dos lesiones no significativas en las arterias coronarias circunfleja y derecha. **Ecocardiograma TT:** FEY 55%, cavidades normales con discreta hipoquinesia de la pared anterior del VI sin lesiones valvulares ni derrame pericárdico. **Ecografía renal** normal.

**Ecografía Doppler** de los cuatro vasos del cuello sin lesiones significativas. **ECG**: ritmo sinusal FC 68 lpm/ AQRS +60°/ PR 0,12" / QRS 0,10" / ST isoelectrico/ buena progresión de R en las precordiales/ QTc 0,40". **Laboratorio**: Hemograma normal Glucemia 135 md/dl / LDL c 130 mg/dl / HDL 40 mg/dl / Col Total 200 mg/dl / HbA1c 7% / Creatinina sérica 2,2 / U 50 mg/dl.

La paciente ha estado asintomática desde el alta. Aunque toma la medicación indicada, pregunta si es necesario continuar con la nueva medicación prescrita. Además, desea información sobre su condición actual y si debe restringir sus actividades diarias por el infarto reciente, su arritmia y su problema renal.

Examen físico: Paciente lucida ubicada en tiempo y espacio sin déficit neurológico. SCG 15/15. Signos vitales: PA 120/80 mmHg / FC 72 lpm / FR 18 cpm / T 36 °C / SO2 98 %. Conjuntivas rosadas y escleras anictéricas. Pulsos carotídeos simétricos sin soplos. Ingurgitación yugular 2/6 con colapso inspiratorio. Se ausculta, ritmo regular, dos ruidos cardíacos hipofonéticos y silencios libres en los cuatro focos. Respiración torácica, murmullo vesicular bilateral conservado sin ruidos agregados, vibraciones vocales conservadas y simétricas. Abdomen blando depresible e indoloro. Ruidos hidroaéreos conservados. Sin edemas en MMII. Pulsos periféricos simétricos y conservados. Perímetro abdominal de 104 cm.

### **PREGUNTAS GUIA:**

1. *¿Está de acuerdo con valorar estos objetivos en la primera consulta ambulatoria tras un evento coronario?:*

1. Evaluar síntomas de isquemia y/o Insuficiencia cardiaca.
2. Priorizar la prevención secundaria y terciaria.
3. Planificar estrategias dirigidas a modificar el estilo de vida.
4. Optimizar el tratamiento y evaluar tolerancia, efectos adversos y adherencia.

2. *¿Es necesario realizar laboratorio, estudios cardiológicos imagenológicos y funcionales? ¿Con que frecuencia? ¿Qué información buscamos con ellos?*

3. *¿Por qué se indicó doble antiagregación con AAS 100 mg/día VO y clopidogrel 75 mg/día VO? ¿Es la combinación adecuada para la paciente?*

4. *¿Está indicado un plan de rehabilitación luego de un evento coronario? Si es así, ¿Es necesario realizar una prueba funcional cardiorrespiratoria para determinar su indicación?*

5. *Identifique los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) que presenta Susana. ¿Qué medidas se deberían tomar para controlar sus FRCV modificables?*

6. *¿Cuál es el objetivo nutricional y metabólico recomendado para esta paciente? ¿Qué opina de la dieta mediterránea?*

7. *¿Cuáles son las medidas farmacológicas y no farmacológicas que influyen en la mortalidad de pacientes con SCA?*

8. *¿Cómo define la enfermedad renal crónica (ERC)?*

9. *¿Cuáles son los marcadores de daño renal en orina?*

10. *¿Cuáles son las recomendaciones de seguimiento en pacientes con ERC estadio 1 y 2?*

11. *¿Está de acuerdo con la indicación de enalapril en la paciente?*

12. *¿Qué utilidad le asigna a la ecografía renal en pacientes con ERC?*

13. *¿Identifique las comorbilidades y/o factores de riesgo que tiene la paciente asociada a la aparición, recurrencia o progresión de la fibrilación auricular (FA)? ¿Qué entiende por FA clínica y subclínica?*
14. *¿Es adecuada la administración de acenocumarol 1 mg/día VO? ¿Qué anticoagulantes orales se pueden utilizar en pacientes con FA?*
15. *¿Qué utilidad tienen los escores CHA2 DS2 -VAc y HAS-BLED en pacientes con FA?*