



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 1: HISTORIA CLÍNICA. CONSTRUCCIÓN DE UNA BIOGRAFÍA.

Autores: Inés Stapaj (Medicina Familiar), Georgina Rizzi (Medicina Familiar), Roberto Parodi (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

OBJETIVOS:

Resaltar los tipos de historias clínicas según el ámbito, haciendo énfasis en la práctica de la medicina narrativa y cómo construir una biografía, en contraste con la historia biologicista pura. Analizar los determinantes sociales de enfermedad y valorar el arduo pasaje desde una historia de vida a una historia clínica. Enfermar en un mundo complejo: efectos de la soledad, las redes de contención social, el aislamiento, el individualismo como determinantes de la salud y la enfermedad.

El enfoque médico tradicional ha tendido a centrarse en la enfermedad, priorizando el diagnóstico y tratamiento de patologías específicas. Sin embargo, este modelo resulta insuficiente ya que no siempre considera las particularidades individuales de cada paciente. La medicina contemporánea aboga por un enfoque holístico que pone al individuo en el centro de la atención, reconociendo que factores emocionales, sociales y culturales influyen significativamente en la salud y el bienestar.

Tratar a la persona y no únicamente a la enfermedad implica reconocer la complejidad y unicidad de cada individuo. Este enfoque no sólo mejora la eficacia de las intervenciones médicas, sino que también contribuye al bienestar general del paciente, promoviendo una relación terapéutica más humana y efectiva.

Los principios de atención centrada en el paciente obvian los determinantes sociales de Salud como por ejemplo el entorno de vida, que incluye el estatus socioeconómico y otros condicionantes claros de la salud. La nueva perspectiva se inclina hacia una “atención centrada en la persona”, y el abandono de atención/cuidados de salud centrados en la enfermedad o en el paciente, que era considerado conceptualmente como individuo enfermando de manera aislada.

El modelo médico hegemónico, con una práctica orientada desde la “bio-medicina”, es el enfoque tradicional en el mundo occidental para el ejercicio de la medicina y para explicar los padecimientos de salud. Centrado en la enfermedad, prioriza el diagnóstico y tratamiento de patologías específicas. Sin embargo, ha sido muy criticado por distintas corrientes de pensamiento, entre ellas la Medicina Social Latinoamericana quien aboga por un enfoque holístico que ponga al sujeto en el centro de la atención, reconociendo que sus esferas emocionales, sociales y culturales influyen significativamente en la salud y el bienestar.

A través del tiempo, la enseñanza y la práctica en medicina se han orientado según paradigmas cambiantes. Así la "teoría del germen" fue hegemónica en siglo XIX, como un modelo unicausal, luego fue cuestionada por la "teoría de los factores de riesgo", como un modelo multicausal y aparece posteriormente (como una teoría subalterna) la "epidemiología social" y la "determinación social de la salud", entendiendo al proceso salud enfermedad como un proceso complejo contextualizado e histórico. Todos estos paradigmas continúan conviviendo en mayor o menor medida.

Centrarse en los sujetos, y no únicamente en la enfermedad, implica reconocer la complejidad y unicidad de cada individuo. Este enfoque no sólo mejora la eficacia de las intervenciones médicas, sino que también contribuye al bienestar general del paciente, promoviendo una relación terapéutica más humana y efectiva.

Los principios de atención centrada en el paciente incluyen *per se* la visión de la determinación social de la Salud. La OMS define a estos determinantes como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Estas circunstancias son producto de desigualdades en la distribución de los recursos entre diferentes grupos humanos por lo que podrían traducirse en desigualdades en la situación de salud. Es importante destacar que los servicios de salud forman parte de estos determinantes por lo tanto influyen de manera significativa en los procesos de salud enfermedad atención

CASO CLÍNICO

Contexto: consultorio externo Centro de Salud “Caritas Guadalupe” de la ciudad de Rosario. Es un centro de Salud de primer nivel de atención, de dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y se encuentra ubicado en el Barrio de Empalme Graneros. Tiene una población adscripta de 12 mil personas y cuenta con los servicios de medicina general, pediatría, ginecología, ecografía, kinesiología, psicología, odontología, trabajo social, equipo matricial de salud mental, programa de obesidad, con nutricionista. Cuenta con áreas de admisión, farmacia, enfermería, consultorios y vacunatorio. Su horario de atención es de 8 a 15 horas de lunes a viernes, se maneja con turnos programados, sin servicio de guardia ni de emergencias.



Se realiza reunión de equipo transdisciplinario del Centro de Salud, luego de un relevamiento territorial, la trabajadora social Silvia, anticipa una próxima consulta de una familia que se mudó recientemente al barrio, y de la cual gestionó para los próximos días, un turno con Medicina General de uno de sus miembros, Mario, a quien le solicitaron en su nuevo trabajo un certificado de Salud.

Grupo familiar: matrimonio **Susana** 53 años y **Mario** 55 años (presentes durante la entrevista).

Hijos: Romina 28 años y su hijo Jesús de 5 años (separada del padre de Jesús), y Pablo 25 años, viven con ellos. Los padres de Susana que se mudaron con ellos hace 1 año (Jorge de 80 años y Marta de 75 años). Mientras que sus dos primeros hijos viven en otras viviendas, Alan (33 años) en Rosario y Jorgelina en Ramallo (Bs. As.), con quienes no mantienen contacto fluido.

Datos de la situación socio económica de la familia

Comparten vivienda con parientes primos y sobrinos (familiares de Marta), 6 integrantes.

Hasta hace unos meses y por más de 20 años vivían en el Barrio Las Flores en la zona sur de la ciudad, y situaciones de inseguridad, sumado a un problema de su hijo con unos vecinos (prefieren no recordar esa situación), y dificultades económicas para sostener el alquiler de la vivienda, obligaron a la familia a mudarse a una propiedad de unos primos en Barrio Empalme Graneros, donde abonan una renta informal.

Historia de vida familiar y sostenimiento de la familia:

Mario (55 años) trabaja de albañil, previamente se encontraba con trabajo ocasional y no registrado, así como changas ocasionales (principalmente trabajos de pintura en hogares y comercios), y desde hace unos meses se encuentra a prueba en una constructora con horarios fijos, pero aún no registrado como empleado. Escolaridad primaria incompleta (lee y escribe con dificultad).

Nació en Quitilipi, Chaco. Durante la infancia vivía en el campo y trabajaba en la cosecha de algodón. Migró en primera instancia a Añatuya (Santiago del Estero), a los 20 años contratado por su patrón para tareas rurales en un campo de la región, allí conoció a Susana. Y luego ambos migraron a

Rosario hace 30 años aproximadamente, por falta de oportunidades laborales. Vino a vivir a la casa de una prima en barrio Ludueña, para trabajar en la construcción junto a su tío, quien le enseñó el oficio. La familia había migrado años antes instalándose en terrenos fiscales junto a otros vecinos. Y unos años luego ya se instalaron Susana y Mario con sus hijos en una vivienda alquilada en el Barrio Las Flores.

Susana (53 años). Nació en Añatuya (Santiago del Estero). Vivió con sus padres en la zona rural, escolaridad primaria completa. Ayudaba a su madre en tareas domésticas y cuidado de la granja familiar. Formó pareja con Mario, y tuvieron sus dos primeros hijos (Alan y Jorgelina) en Añatuya. Luego migraron a Rosario.

Susana trabaja en forma irregular como cuidadora de adultos mayores, y cuidado de enfermos internados en un hospital de la ciudad. En ocasiones, realiza reemplazos en tareas de limpieza domésticas.

Romina (28 años) es enfermera y trabaja en un hospital de la ciudad. Se separó de su pareja hace 2 años y es madre de Jesús de 5 años, quien tiene problemas de salud (trastorno del espectro autista), y requiere cuidados especiales y acompañamiento que interviene toda la familia.

Pablo (25 años) se encuentra desempleado, ayudaba al padre en “changas”, pero en los últimos años su ingreso se basa en cuidado de coches en la vía pública en las inmediaciones del Hospital donde trabaja su hermana. Ha estado privado de la libertad por dos años (prefiere el familiar no mencionar los motivos). Presenta consumo problemático de alcohol y sustancias.

Viven todos en el mismo terreno, en dos casas separadas

Número de habitaciones para dormir: 4

Número de personas que habitan la vivienda: 11

Provisión de agua: agua de red conexión clandestina

Disposición de excretas: cuentan con un único baño en la casa principal con pozo ciego

Materiales que predominan en la vivienda: ladrillo y techo de chapa

Otras características: uso de gas envasado

Silvia, la trabajadora social, le gestiona un turno para control a Mario, quien refiere que no dispone de mucho tiempo y sólo necesita su certificado de salud, para presentar en la empresa constructora. Le ofrece, asimismo a Susana y demás integrantes del núcleo familiar iniciar sus controles en el Centro de Salud. Susana manifiesta que realizó sus controles anuales con su ginecólogo en el centro de salud de su barrio anterior, y que por el momento no dispone de tiempo por sus tareas laborales, sumado al cuidado de su hogar, nieto y que más adelante irá al centro de salud. Refiere que su hija y su nieto se atienden en el Hospital donde ella trabaja, y que Jesús tiene seguimiento de una médica neuróloga infantil y que está muy controlado. Por otro lado, refiere que su hijo Pablo, es muy complicado y que seguro no va a acudir a controles. Estuvo en una “granja” para tratamiento de sus “adicciones”, pero refiere que lo echaron por problemas de violencia con otros asistentes.

Guía de trabajo general y particular del caso, para discutir en la tutoría:

Esta UT persigue dos objetivos fundamentales.

Por un lado, comprender y analizar los distintos modelos de historia clínica y reconocer las diferencias a la hora de construir una historia clínica en APS (con seguimiento longitudinal y la construcción de equipos inter y transdisciplinarios de atención/cuidado) con respecto a una consulta espontánea por consultorio o guardia de urgencias/emergencias, así como también durante una eventual internación.

- La importancia del contexto e historia biográfica de las personas: analizar cómo influye en el acceso a la Salud, las posibilidades y riesgo de enfermar según el marco social, cultural, económico, familiar. Las desigualdades en la atención. Las redes de salud y los distintos niveles de complejidad.
- La comunicación entre actores encargados de cuidado de salud. Los cuidados de transición. Desde un centro de salud, a una guardia y un hospital de alta complejidad, cómo construir un modelo de atención integrada.
- Los contextos de consulta y atención distintivos. Cómo general una historia clínica relevante en una atención de urgencia, relación tiempo/acción/urgencia/decisiones inminentes y reconocimiento de alarmas que pueden comprometer la vida en lo inmediato. La historia clínica en la internación, desde la biografía de su historia de vida a una complicación actual que ameritó la hospitalización (conceptos listado de problemas, selección de datos guías, interpretación, selección de exámenes complementarios según hipótesis diagnósticas sospechadas, diagnósticos diferenciales, etc.).

Por otro lado, analizar la historia del grupo familiar y del contexto de atención/cuidado de la salud, para comprender determinantes sociales que puedan influir en la Salud.

- Confrontar la información recabada con respecto a una historia demográfica reduccionista, que información estima faltante (recordar que en esta instancia sólo tuvieron el primer acercamiento en terreno con asistente social), que estrategias de acción establecería para la atención de esta familia.

Referencias bibliográficas:

Borrell, C. (s.f.). Desigualdades y Servicios de Salud. *Saúde e Sociedades*, 9-22.

Herrmann, J. (2019). Los determinantes y las desigualdades sociales de la salud. Posible marco para revisar las barreras de acceso a los servicios de salud. En F. A. General, *La clínica y la gestión de la medicina general. El trabajo clínico y en gestión en situaciones de dificultad de acceso a servicios y desigualdades sociales en salud*.

Urquía, M. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Remedios de Escalada: Universidad nacional de Lanús.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 2: EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD. MEDICINA PREVENTIVA.

Autor: Roberto Parodi (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

OBJETIVOS:

En que consiste un examen periódico de salud. Medicina preventiva. Promoción y prevención de la salud. Inmunizaciones en adulto. Screening de ETS. Screening oncológico, premisas. ¿Qué exámenes complementarios solicitaría? ¿Desde cuándo, hasta cuándo, con qué frecuencia? Sesgos de anticipación (sesgo tiempo cero), efecto rótulo, daño psicológico. Diferencias entre tasas de supervivencia y mortalidad. Riesgos de sobreuso de tecnología, sobrediagnósticos y sobretratamientos. Prevención cuaternaria.

CASO CLÍNICO

Mario (55 años) acude a la consulta programada en el Centro de Salud, con la médica Antonela, especialista en Medicina General con 5 años de experiencia y trabajo en el barrio.

Viene solo a la consulta, y expresa que el motivo de la cita es para solicitar un certificado de salud que le reclaman en su trabajo.

Antonela repasa con Mario todos los datos biográficos recolectados por la trabajadora social.

Y luego continua la entrevista con preguntas abiertas:

- ? ¿Cómo se siente?
- ? ¿Cuándo se realizó el último control de salud?
- ? ¿Tiene alguna enfermedad crónica que usted conozca?
- ? ¿Toma alguna medicación de uso continuo o esporádico?
- ? ¿Cómo es su descanso? ¿Cómo se alimenta? ¿Nos podría contar un día rutinario de su vida?
- ? ¿Realiza alguna actividad física? ¿Cómo se siente de ánimo o emocionalmente?

En esta instancia, que otros interrogantes le parece agregar, modificaría alguno de los interrogantes o lo plantearía de otra manera.

En el caso de que Mario exprese que no desea realizarse el control de salud, sino que sólo necesita el certificado para el trabajo y que está apurado. ¿Cómo respondería a esta situación?

¿Estima que es el momento o de qué forma abordaría cuestiones de la vida íntima, la sexualidad y las relaciones sexuales de Mario, y aspectos de su vida privada?

Antonela registra en la historia clínica de Mario, además de la información biográfica ya recolectada lo siguiente:

- Mario aparenta sano, refiere que hace más de 10 años que no realiza controles de salud, acudió a consultas espontáneas por traumatismos laborales, sin necesidad de cirugías, sólo curaciones locales por excoiaciones y heridas cutáneas superficiales, y por cuadros de faringitis, síndrome tipo gripal y COVID19 leve en 2021. Refiere sentirse bien, no realiza actividad física deportiva ni recreativa, aunque su trabajo requiere gran esfuerzo físico y frecuentemente termina “agotado”, no impresiona disnea de esfuerzo. Su alimentación es variada, especialmente basada en hidratos de carbono (consume principalmente harinas –empanadas, pizzas, sándwiches, pastas, consumo de ultraprocesados, muy pocas frutas, verduras y legumbres. Consumo de alcohol, sólo los fines de semana (dos copas de vino en las comidas. Alto contenido de sodio en su alimentación). Ha ido aumentando progresivamente de peso, estima que 10 a 15 kg desde los 40 años. No refiere problemas digestivos (nunca se realizó videocolonoscopy). Refiere dormir bien, con sueño reparador, promedio de aproximadamente 6 horas diarias. En cuanto a su estado de ánimo, manifiesta sentirse preocupado con la situación económica general y particular de la familia, a su vez está “ilusionado con la posibilidad de su nuevo trabajo”, también lo preocupa su hijo que está “descarriado y siempre se mete en problemas”, también lo angustia adaptarse a la nueva casa, barrio, convivir con sus parientes y suegros. Niega enfermedades crónicas, no toma medicación diaria, sólo en forma esporádica ibuprofeno y paracetamol para dolores o “cansancio” cuando trabajo mucho.
- Fuma tabaco desde los 15 años, entre 10 a 20 cigarrillos por día, interrumpió el consumo en dos oportunidades y se mantuvo un par de años sin fumar, cuando nacieron sus hijos. Niega consumo de sustancias.
- No recuerda haberse colocado vacunas en la adultez, sólo la primera dosis de vacuna contra COVID-19 en el 2021.
- Antecedentes familiares: su madre falleció a los 70 años por cáncer de mama avanzado, no recuerda que padeciera otras enfermedades. Su padre falleció a los 64 años, probable muerte súbita cardíaca por infarto agudo de miocardio, presentaba obesidad, hipertensión arterial, dislipemia y consumo de tabaco severo. Tiene 4 hermanos, con 3 no mantiene contacto y con uno de ellos de 48 años, presenta hipertensión, consume tabaco, y lo operaron del corazón este año en Buenos Aires por enfermedad coronaria. Abuela materna recuerda que tenía diabetes. Abuelo paterno “cáncer de hígado o páncreas”, no recuerda mayor información.
- Examen físico: Peso 97 kg, Talla 1.75m, IMC (índice de masa corporal) 31.7 kg/m², perímetro de cintura 128cm. PA: 152/90mmHg (se toma la PA en ambos brazos, se registra la más elevada, brazo derecho, tres mediciones separadas por 2 minutos, se descarta primera, se promedian segunda y tercera medición, FC 88 x', ritmo regular, frecuencia respiratoria 16 x'. Se

realiza examen físico completo no detectándose alteraciones a nivel de la piel, cabeza y cuello, examen neurológico, y cardíaco (ritmo regular, ruidos netos, silencios libres, sin soplos), al examen respiratorio impresiona disminución leve de la entrada de aire, y espiración prolongada, sin ruidos agregados. Al examen abdominal, impresiona leve hepatomegalia con borde aumentado de consistencia y molestia a la palpación del hígado, no detecto esplenomegalia, ni circulación colateral ni ascitis.

Caso en particular: En esta instancia, qué hallazgos le parece de mayor relevancia, que datos de la biografía, hábitos, antecedentes, entrevista y examen físico estima que configuran riesgo para Mario, que plan de acción establecería para realizar su chequeo de salud, que estudios y exámenes complementarios solicitaría para realizar su examen periódico. ¿Qué consejería de salud ofrecería a Mario?

Conceptos generales:

1. ¿En qué consiste un examen periódico de Salud?
2. ¿Qué intervenciones individuales y colectivas y qué prácticas se enmarcan dentro de los conceptos de Promoción de la Salud y Medicina Preventiva?
3. Conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria
4. ¿Cómo y qué prácticas y exámenes complementarios, abarcan la consejería en salud, el “screening” de enfermedades de transmisión sexual y el “screening” oncológico? ¿A qué población solicitar según edad y sexo, cuando iniciar y cuando dejar de solicitarlos, con qué periodicidad?
5. ¿Qué características deberían tener las enfermedades oncológicas para ser seleccionadas para “screening”?
6. ¿Qué requisitos deberían cumplir los métodos complementarios para aplicarlos en “screening” oncológico en población sana?
7. Inmunizaciones en adultos
8. ¿Qué se entiende por prevención cuaternaria?
9. Reflexiones sobre uso indiscriminado y no racional de tecnología sanitaria. ¿Qué efectos indeseables y complicaciones podría tener?
10. Concepto de sobrediagnósticos, sobreusos y sobretratamientos en Medicina.
11. Averiguar qué significa sesgo de tiempo cero, efecto rótulo, diferencia entre tasas de supervivencia y mortalidad

Plan de Antonela:

Le sugiere pautas de hábitos saludables. Realiza una evaluación de nivel de adicción al tabaco y una aproximación hacia el abandono del hábito. Mario se encuentra en etapa “precontemplativa”. Le solicita controles de presión arterial, indagando si tiene acceso a presurómetro en su contexto familiar o laboral o allegados, y ante la imposibilidad, le facilita que realice controles durante dos o tres semanas en el centro de salud, en sector de enfermería, y que registre los valores.

Le propone estudios iniciales: solicita un electrocardiograma que puede realizar en el mismo centro de salud y análisis de sangre. Le comenta como prevención la idea de planear y derivar a hospital de tercer nivel de complejidad para realizar un videocolonoscopia, y le explica en que

consiste el estudio, en los riesgos y beneficios y el motivo de la solicitud. Mario por el momento no accede a realizárselo y le dice que lo va a pensar para más adelante.

Interrogantes:

1. ¿Qué analítica solicitaría? Elabore su pedido de análisis con justificación de lo solicitado
2. ¿Solicitaría marcadores tumorales? En caso afirmativo, cuáles, PSA, CA 19.9, CEA, Alfa-fetoproteína, LDH, etc.
3. ¿Qué estudios de evaluación cardiovascular solicitaría? (brevemente, será tratado en UT3)
4. En caso de que Mario se niegue a realizarse estudios y a su vez le insista con el certificado de salud laboral, ¿cómo procedería?
5. En caso de que Mario solicite hacerse todos los estudios disponibles para prevención, le manifiesta que le preocupa tener algún tumor oculto, si le puede pedir tomografías y o resonancia de cuerpo entero, qué conducta adoptaría y cómo comunicaría la decisión.
6. ¿A cuáles enfermedades oncológicas estima conveniente realizar "screening"? ¿Pulmón, piel, hígado, páncreas, estómago, colon, próstata, otros? ¿Por qué no todas las enfermedades oncológicas son pasibles de realizar screening (tamizaje o cribado)? ¿Qué métodos elegiría? ¿Cuáles son las intervenciones que tienen mayor rédito y mejor relación costo-eficacia? Y en caso de sexo femenino cuáles enfermedades se plantea el screening.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 3: EVALUACIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL (RCV). SÍNDROME METABÓLICO

Autor: Roberto Parodi (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

OBJETIVOS:

Evaluación de riesgo cardiovascular global. Desarrollar un enfoque integrador de los factores de riesgo cardiovascular. Scores de riesgo CV clínico. Pros y contras de los scores. Factores psicosociales de riesgo CV. Definiciones de síndrome metabólico, su significado clínico. Conocer la fisiopatología, formas de presentación, principales definiciones e implicancias del síndrome metabólico.

Impacto de cambios de estilo de vida. Estudios vasculares no invasivos para detección de enfermedad vascular subclínica.

Conocer los métodos de detección de lesión subclínica de órganos blancos. Breve referencia de métodos, utilidad y aplicabilidad. Marcadores serológicos (PCR ultrasensible), marcadores estructurales (score de calcio coronario, espesor mio-intimal, índice tobillo-brazo, rigidez arterial por velocidad de onda de pulso), marcadores funcionales (disfunción endotelial)

Establecer metas de tratamiento de los principales factores de riesgo.

Considerar la influencia del estilo de vida en la fisiopatología de la enfermedad: la alimentación y la actividad física. Tabaquismo, evaluación y estrategias de deshabituación. Considerar el impacto de los cambios en el estilo de vida como parte fundamental de cualquier tratamiento. Conocer estrategias de prevención en el nivel de atención primaria.

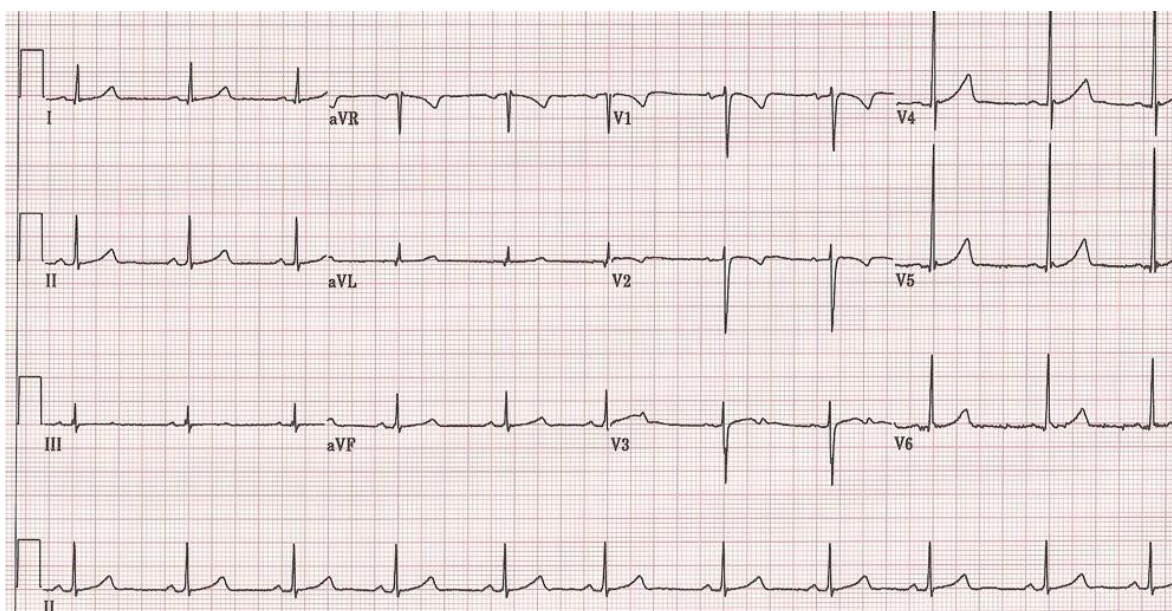
Contenidos a recuperar: *Biología molecular. Patrones de herencia humana (Crecimiento y desarrollo e Injuria) Evolución humana (Crecimiento y desarrollo) Nutrición normal: nutrientes, índices de masa corporal, etc. (Nutrición) La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición) El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre) Fisiopatología de la resistencia a la insulina (Injuria) Dislipemias. Fisiopatología de las lesiones arteriales de vasos grandes y pequeños (Injuria). El tabaco como noxa (Injuria)*

CASO CLÍNICO

Mario acude a la consulta con Antonela a los dos meses del control inicial, trae estudios solicitados y controles de presión arterial. Refiere sentirse “triste” porque no quedó seleccionado en el trabajo de la constructora (“tomaron empleados más jóvenes a mi edad es más difícil quedar en blanco”), no tuvo sintomatología alguna.

Los controles que trae de presión arterial, aproximadamente unas 15 mediciones realizados en el centro de salud a diferentes horarios, tomados por diferentes enfermeros con el mismo presurómetro aneroide (no automático) del centro de salud, en distintos momentos del día, con tres mediciones por vez, promediando segunda y tercera. Se verifica que las condiciones de toma de presión hayan sido las adecuadas. Los valores oscilan entre 130 y 160 mmHg de presión sistólica (PAS), y entre 86 y 100 mmHg de presión diastólica (PAD), con promedios de 144/92 mmHg para PAS y PAD respectivamente.

Estudios solicitados:



ECG: Ritmo Sinusal, FC 60 por minuto, Eje eléctrico: + 45°, Onda P normal, Intervalo PR 160 mseg, QRS 60 mseg, QT 380 mseg, Repolarización normal

Laboratorio:

Hematocrito	47%	ASAT	58 UI/L	Colest total	218 mg/dL
Hemoglobina	13,8 g/dL	ALAT	85 UI/L	Colest HDL	32 mg/dL
Leucocitos	5.800 /mm ³	FA	220 UI/L	Colest LDL	128 mg/dL
Plaquetas	228.000/mm ³	GGT	70 UI/L	Triglicéridos	290 mg/dL
Glucemia	104 mg/dL	Natremia	143 mEq/L	Ac. úrico	7,1 mg/dL
Uremia	40 mg/dL	Potasemia	4,2 mEq/L	PSA	1,1 ng/mL
Creatinina	1,2 mg/dL	TSH	3,8 mUI/mL		

Al examen actual presenta una PA 144/94mmHg FC 80x' FR 16x', resto del examen físico sin modificaciones con respecto a consulta anterior.

Interrogantes:

- *En base a los datos de la historia clínica y los exámenes complementarios iniciales, dónde nos situamos con el paciente en cuanto a su presión arterial, y en cuanto a su estado metabólico (metabolismo de la glucosa y lípidos).*
- *Rol patogénico de la obesidad y patrones de distribución del tejido adiposo. Herramientas para evaluar obesidad central (índice de masa corporal, perímetro abdominal o circunferencia de cintura, RMI abdomen, índice HOMA, insulinemia).*
- *¿Tiene Mario un síndrome metabólico?*
- *Definiciones de síndrome metabólico a lo largo del tiempo. Controversias en cuanto a los criterios diagnósticos y utilidad práctica*
- *Distintas presentaciones y hallazgos clínicos orientadores a síndrome metabólico, patologías asociadas en ambos sexos*
- *¿La ausencia de acantosis nigricans descarta el diagnóstico de síndrome metabólico? ¿Y en caso de que hubiésemos detectado en Mario la presencia de acantosis nigricans qué valor la asignaríamos al hallazgo?*
- *¿Qué impacto y significado clínico práctico implica tener síndrome metabólico?*
- *¿Cómo interpreta los hallazgos de laboratorio?*
- *¿Cómo estratificaría su riesgo CV global?*
- *¿Qué herramientas tiene disponible para estratificar riesgo?*
- *¿Utilidad y limitaciones de scores clínicos? ¿Cómo se interpreta los distintos niveles de riesgo?*
- *Buscar modelos de scores clínicos de uso más difundido y con mayor validación. ¿Qué factores de riesgo no considera ni contemplan muchos de los scores difundidos?*
- *Impacto del sedentarismo, obesidad, estilo de vida y factores psicosociales y emocionales en el riesgo, y las implicancias de sus modificaciones como medidas preventivas del desarrollo de diabetes y del riesgo CV.*
- *Recuperar contenidos de proceso de aterosclerosis. Base racional para detección de aterosclerosis subclínica. Métodos disponibles. Estudios vasculares (velocidad de onda de pulso para detección de rigidez arterial, su significado clínico; espesor mio intimal arterial, detección de placas de aterosclerosis y sus características, score de calcio coronario)*
- *¿Qué población seleccionaría para indicar búsqueda de aterosclerosis subclínica para refinar estratificación de riesgo cardiovascular? ¿Qué requisitos debería tener un estudio vascular para ser considerado de aplicación en la práctica cotidiana?*

Plan de Antonela:

Le sugiere modificaciones en estilo de vida, dialoga con Mario acerca de la disponibilidad, factibilidad e iniciativa, para modificar su dieta con disminución de consumo de sodio, descenso calórico y tipo de alimentación. Así mismo como iniciar actividad física reglada, acuerdan en agregar caminatas 4 veces por semana de aproximadamente una hora. Y abandono del tabaquismo, Mario le refiere que lo está pensando pero que no está dispuesto actualmente a dejar de fumar.

Le propone entrevista y seguimiento con Licenciada en Nutrición del centro de Salud, en forma semanal, a lo que accede y se gestiona el turno. Y también le ofrece consulta con

equipo de deshabituación tabáquica en Hospital de 3° nivel de georreferencia del centro de salud.

Le solicita completar analítica de sangre y orina con micro albuminuria, ecocardiograma y prueba ergométrica graduada con evaluación cardiológica para realizar actividad física.

Le solicita que continúe con controles de presión arterial y cita en tres meses.

Interrogantes:

- *¿Le solicitaría algún examen complementario extra?*
- *Si estuviera disponible y accesible, ¿estima que Mario es candidato a realizar estudios vasculares no invasivos como score de calcio coronario o detección de placas en arterias carótidas y femorales?*
- *¿Iniciaría en esta instancia algún tratamiento farmacológico?*
- *¿En qué período de tiempo aproximado citaría a control? ¿Cuánto tiempo esperaría para evaluar los resultados de las modificaciones en estilo de vida?*
- *¿Qué estrategias conoce para abordar la deshabituación del tabaquismo?*
- *¿Cómo actuar ante la negativa de Mario de abandonar el tabaquismo o en caso de que tampoco acceda a otras modificaciones de estilo de vida?*
- *¿Agregaría información importante evaluar factores psicológicos y que repercusiones podrían tener en el riesgo cardiovascular?*



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 4to año

UNIDADES TEMÁTICAS 4 Y 5 RIESGO CARDIOVASCULAR

Autor: Roberto Parodi (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

**Observación: esta consulta de Mario, será la guía para las UT 4 y 5*

CASO CLÍNICO:

Mario acude a la consulta 5 meses luego de la última. Refiere que está entusiasmado y en seguimiento con nutricionista. Ha “mejorado” su dieta, con menor consumo de sal, descenso de 3 kg de peso y realiza actividad física en forma irregular (caminatas 1 o 2 veces por semana). También refiere haber disminuido el consumo de tabaco, aproximadamente a 10 cig/día. Nos comenta que le prestaron un presurómetro automático, por lo cual se toma la presión arterial varias veces por semana y que en general le da “bien”, cerca de 140/90 mmHg. Pide disculpas que tardó en volver, pero se retrasó en realizar los estudios que se le solicitó (“tardaron los turnos, alguna vez lo perdí porque me surgió alguna *changa*, y otra vez acudí al hospital y había paro de médicos”)

En el examen actual Antonela consigna en la historia clínica todas estas novedades y refiere que se lo percibe motivado con el cuidado de su salud y adoptando paulatinamente cambios en estilo de vida.

Su presión arterial en consultorio: promedio de 2° y 3° medición, descartando 1° medición: Brazo derecho 148/94 mmHg, brazo izquierdo 144/92 mmHG, FC 70x´ritmo regular, FR 18x´. Peso 94 kg, Talla 1.75 m, IMC (índice de masa corporal) 30.7 kg/m², perímetro de cintura 124cm. Resto de examen sin cambios. Sin signos de insuficiencia cardíaca ni edemas periféricos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

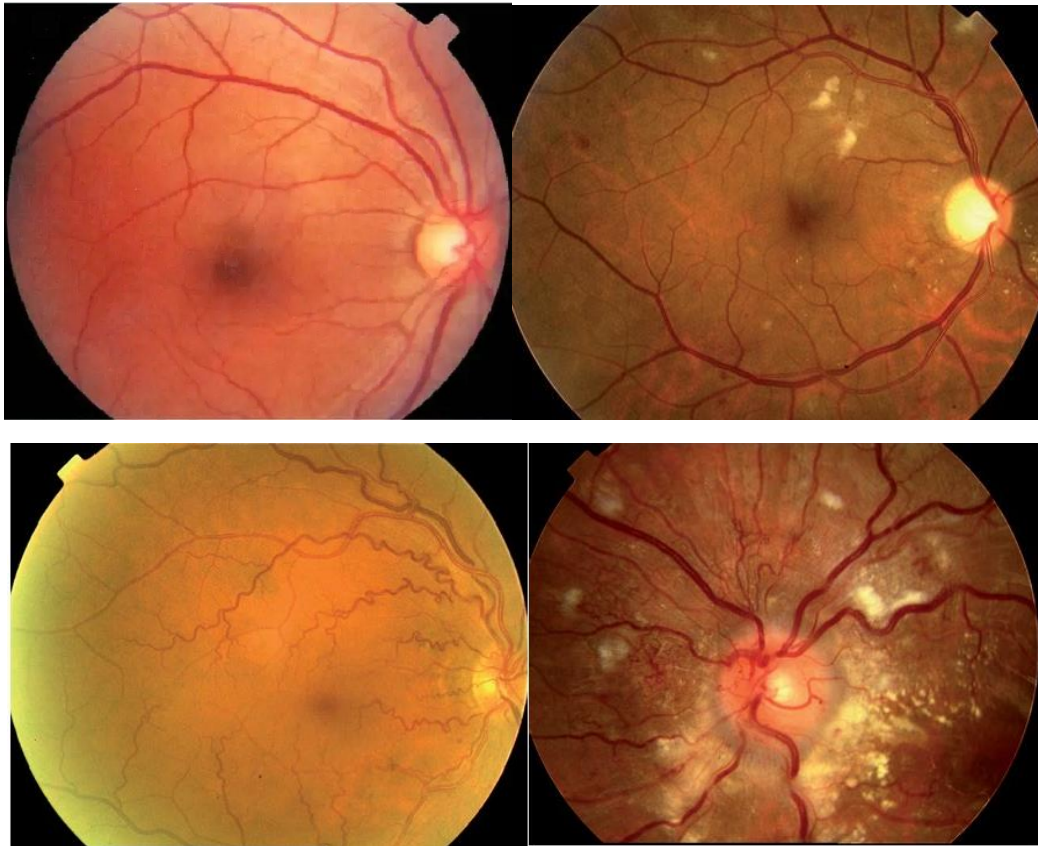
- NUEVO LABORATORIO**

ASAT	44 UI/L	Colest total	202 mg/dL
ALAT	74 UI/L	Coolest HDL	34 mg/dL
FA	190 UI/L	Triglicéridos	190 mg/dL

GGT	60 UI/L	Orina	Normal
Glucemia	101 mg/dL	Relación microalbuminuria/gramo creatininuria	8 mg/g
HbA1c	5.7%	Potasemia	4 mEq/L
Ferritina	558 µg/L	Natremia	138 mEq/L
Creatinina	1.1 mg/dL	Ac. úrico	6.9 mg/dL

Refiere, que en unas de las citas con Nutricionista, se estaba desarrollando en el centro de Salud, una campaña de **control oftalmológico** y le realizaron estudios. Presenta el siguiente informe: agudeza visual conservada, visión de colores normales, campo visual sin alteraciones, movilidad ocular conservada, presión ocular ojo derecho 13 mmHg, ojo izquierdo 12 mmHg, fondo de ojo: disco óptico redondeado, bordes regulares, color naranja, excavación fisiológica localizada ligeramente hacia el lado temporal, vasos retinianos íntegros, relación arteria-vena 2/3, mácula marrón oscura homogénea, bordes mal limitados, fovea de color más intenso, retina íntegra, sin exudados ni hemorragias.

- ¿Cuál de las siguientes imágenes de fondo de ojo corresponde a Mario?



- **ECOCARDIOGRAMA DOPPLER**

Parámetro	Valor	Unidad
Diámetro diastólico de ventrículo izquierdo	48	mm

Diámetro sistólico de ventrículo izquierdo	28	mm
Espesor del septum interventricular	12	mm
Espesor de la pared posterior del ventrículo izquierdo	12	mm
Índice de masa del ventrículo izquierdo	125	g/m ²
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo	60	%
Diámetro de aurícula izquierda	42	mm
Volumen de aurícula izquierda	36	ml/m ²
Diámetro de la raíz de aorta (senos de Valsalva)	33	mm
Diámetro de aorta ascendente	31	mm

Interpretación:

Ventrículo izquierdo de dimensiones normales. Hipertrofia concéntrica leve del ventrículo izquierdo. Engrosamiento y contractilidad parietal homogénea y normal. Función sistólica ventricular izquierda conservada. Aurícula izquierda levemente dilatada. Raíz aórtica de dimensiones normales. Aorta ascendente normal. Cayado aórtico y aorta descendente normales. Estructuras valvulares normales. Cavidades derechas de dimensiones normales. Índices de función del ventrículo derecho normales. Pericardio sin derrame.

Doppler

Flujo Mitral: Onda E 0.43 m/ seg, onda A 0.66 m/ seg. Disfunción diastólica grado I. Sin insuficiencia valvular.

Flujo Aórtico: Laminar. Velocidad máxima 1.3 m/ seg, gradiente máximo 7 mm Hg. Sin insuficiencia valvular.

Flujo Tricuspídeo: Laminar. Sin insuficiencia valvular.

Flujo Pulmonar: Laminar. Sin insuficiencia valvular

CONCLUSIONES: *Cardiopatía hipertensiva.*

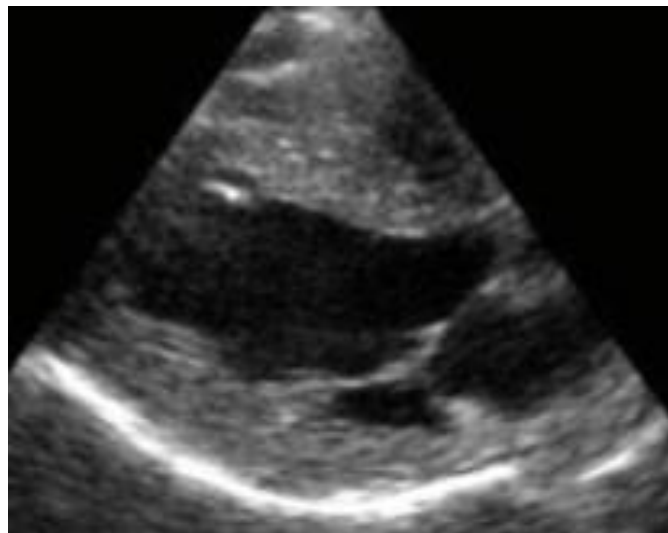


Figura 1. Vista paraesternal, eje largo del ventrículo izquierdo. Se observa aumento del espesor parietal del septum interventricular y la pared posterior del ventrículo izquierdo.

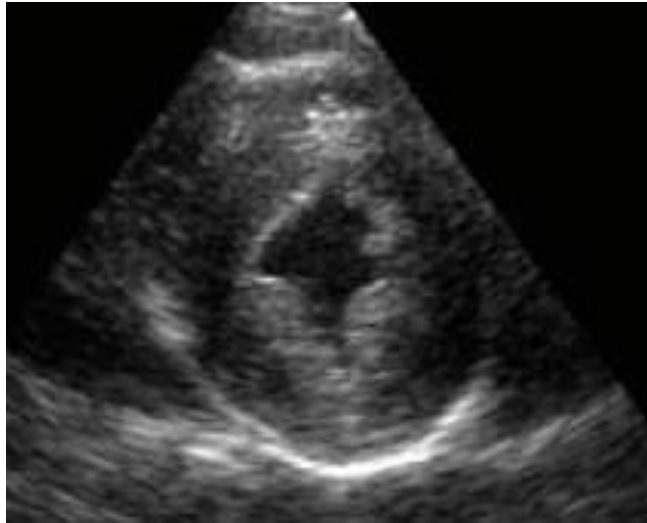


Figura 2. Vista paraesternal, eje corto a nivel de músculos papilares. Se observa aumento del espesor parietal concéntrico simétrico.

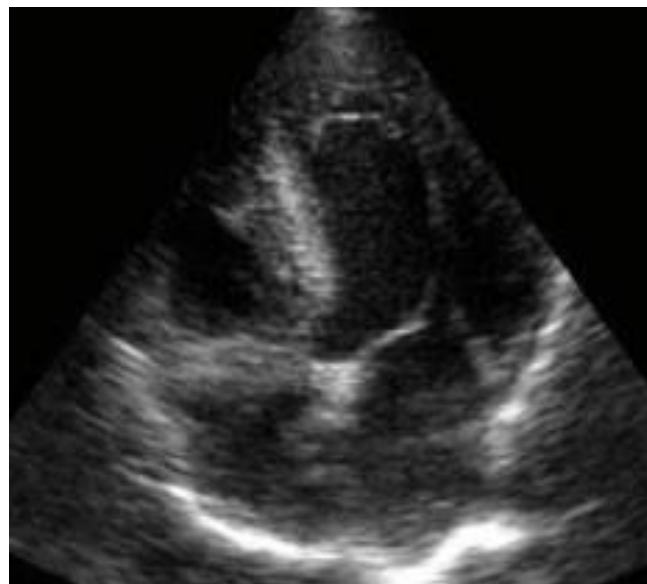


Figura 3. Vista apical de 4 cámaras. Se observa aumento del espesor parietal del septum interventricular y la pared lateral del ventrículo izquierdo. También se observa dilatación de aurícula izquierda.

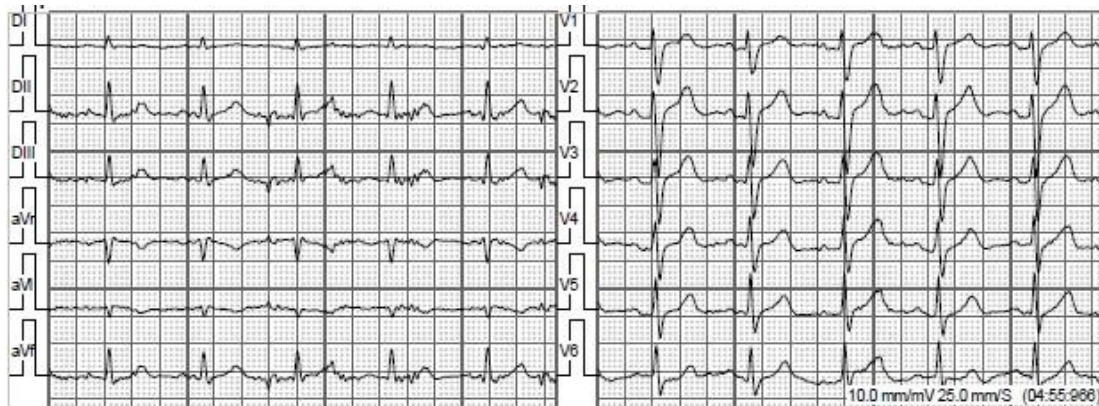
(Gentileza Dr. Claudio Marigo. Servicio de Cardiología Hospital Centenario)

- **PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA**

Etapa	Esfuerzo	T. Arterial	FC	METs	Síntomas	ECG
Basal	Basal	150/ 100	70	1.0	No	No
Etapa 1	0°/ 2.7 km/h	160/ 100	82	3.6	No	No
Etapa 2	5°/ 2.7 km/h	170/ 100	94	4.2	No	No
Etapa 3	10°/ 2.7 km/h	190/ 90	105	4.7	No	No
Etapa 4	12°/ 4 km/h	200/ 90	118	6.9	No	No
Etapa 5	14°/ 5.4 km/h	230/ 90	142	9.5	No	No
Recuperación	Recuperación	170/ 90	114	1.0	No	No
Recuperación	Recuperación	150/ 90	82	1.0	No	No

Informe de la prueba: Ergometría realizada en cinta deslizante bajo el protocolo de Bruce modificado. Detenida en la quinta etapa por agotamiento de miembros inferiores. Alcanzó el 86 % de la FC máxima estimada para la edad. Carga equivalente a 9,5 METs. No refirió síntomas durante la prueba. Hipertensión sistodiastólica basal. Hipertensión sistólica reactiva al esfuerzo. En el ECG no se observaron alteraciones del ST-T ni arritmias.

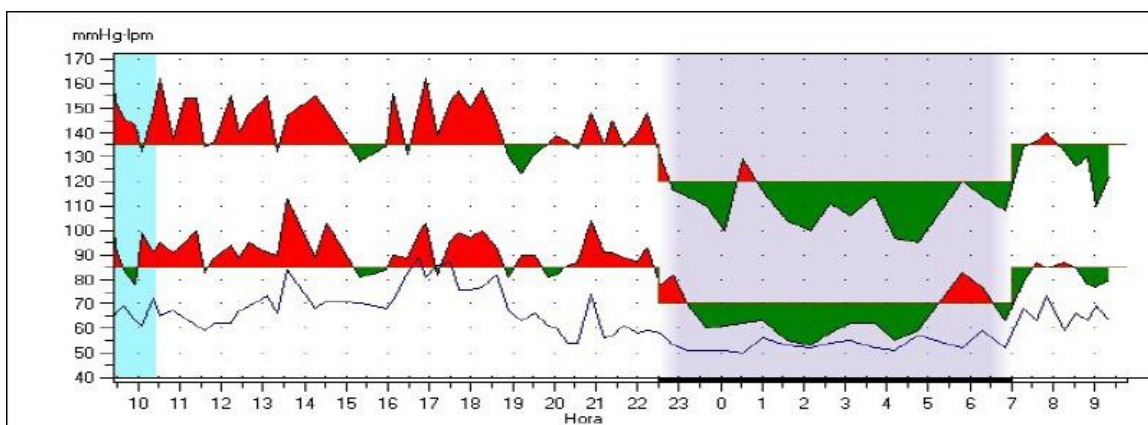
Conclusión de la prueba: Prueba suficiente. Negativa para angor y ST. Anormal por HTA sistodiastólica basal y sistólica reactiva al esfuerzo.



(Gentileza Dr. Claudio Marigo. Servicio de Cardiología Hospital Centenario)

Refiere que el especialista en Cardiología que le realizó los estudios, le propuso la realización de un MAPA 24 horas, cuyos resultados son los siguientes:

- Presurometría o MAPA (monitoreo ambulatorio de presión arterial) de 24 horas



Periodo	Hora	Muestras	Med. Sis mmHg (+/- Dev. Están.)	Med. Dia mmHg (+/- Dev. Están.)	Med. FC lpm (+/- Dev. Están.)	Carg TA Sis %	Carg TA Dia %
En general	09:26-09:21 (23:55)	70	134 (17,4)	84 (13,7)	64 (9,8)	51	60
Periodo diurno	07:00-22:30	53	142 (11,5)	90 (7,8)	68 (8,6)	64	72
Periodo nocturno	22:30-07:00	17	111 (10,1)	65 (9,5)	53 (2,7)	12	24
Periodo Bata Blanca	09:26-10:26 (1ª h)	6				83	67
Máxima			160	102	72	-	-
Med.			147	91	66	-	-

Desc. noc.: Sis = 21,8% Dia = 28,2%

Medicación actual

NO

Interpretación del médico

HIPERTENSION ARTERIAL ESTADIO I CON PATRON DIPPER

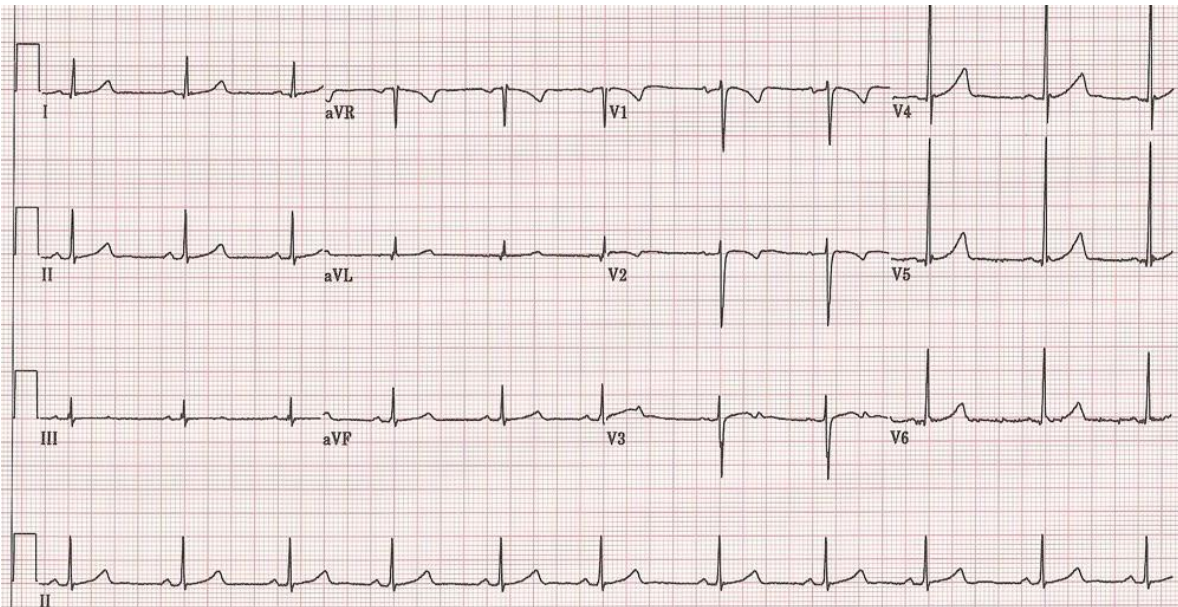
UNIDAD TEMÁTICA 4: RIESGO CARDIOVASCULAR. FOCO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

OBJETIVOS: Epidemiología de la hipertensión arterial. Fisiopatología. Diagnóstico. Adecuada técnica de toma de presión arterial. Toma de presión en consultorio y ambulatoria. MAPA o presurometría de 24 horas. MDPA (monitoreo domiciliario de presión arterial) o AMPA (automonitoreo de presión arterial). Técnicas de mediciones, protocolos. Patrones de hipertensión arterial según diferencias entre consultorio y fuera de consultorio (HTA bata o guardapolvo blanco, HTA oculta, patrones *dipper* y *non dipper*). Clasificación de la hipertensión arterial según grados. Búsqueda de lesión de órgano blanco y significado clínico de su hallazgo. Daño cardíaco, renal, cerebral, ocular, vascular por hipertensión arterial. Métodos diagnósticos. Hipertensión arterial secundaria (causas más frecuentes, cuándo sospecharlas, diagnóstico, manejo). Fármacos que causan elevación de presión arterial. Estratificación de riesgo cardiovascular global. Decisiones de tratamiento. Objetivos de control de la PA. Impacto de modificaciones en estilo de vida (dietas, actividad física, descenso de peso, tabaquismo). Fármacos antihipertensivos. Esquemas de tratamiento. Cómo seleccionar un tratamiento. Situaciones especiales (HTA en embarazo, HTA adulto mayor, HTA resistente, HTA perioperatorio, etcétera)

Guía de trabajo general y particular del caso, para discutir en la tutoría:

- Desarrollar Epidemiología de la hipertensión arterial. Prevalencia en la población general y según sexo y edad.
- Toma adecuada de la presión arterial. Tensiómetros, contexto, y técnica.
- ¿Con los datos y registros de PA de Mario en las respectivas consultas y domicilio considera que ya presenta diagnóstico de HTA o falta información para poder definir su presencia?
- ¿Qué sistemas de mediciones fuera de consultorio se encuentran validados y aceptados para el diagnóstico de HTA? ¿Cuáles son los puntos de corte para clasificar la presión arterial según sus valores? ¿Qué es la hipertensión sistólica aislada? Controversias entre sociedades científicas. ¿Cómo se modifican los puntos de corte para mediciones fuera de consultorio (MAPA y AMPA)?
- Teniendo en cuenta las presiones en consultorio y fuera de consultorio y MAPA 24 hs. ¿Cómo clasificaría a Mario en cuanto al grado de HTA? ¿Tiene HTA sostenida, o de bata blanca o enmascarada/oculta, o normotensión?
- ¿Qué patrones de ritmo circadiano, de variación actividad/diurna comparada con reposo/nocturna pueden detectarse en MAPA (dipper, non dipper, hiperdipper, dipper invertido)?
- Búsqueda de lesión de órgano blanco en hipertensión. ¿Cuáles son los distintos órganos y sistemas afectados por la HTA? ¿Por qué es importante detectar lesión de órgano blanco (LOD)? ¿Qué métodos se recomiendan en la práctica para su detección?
- ¿Presenta Mario LOD a nivel renal, retinal, cardíaco, sistema nervioso, vascular?
- Recordemos ECG que Mario trajo a la consulta anterior:

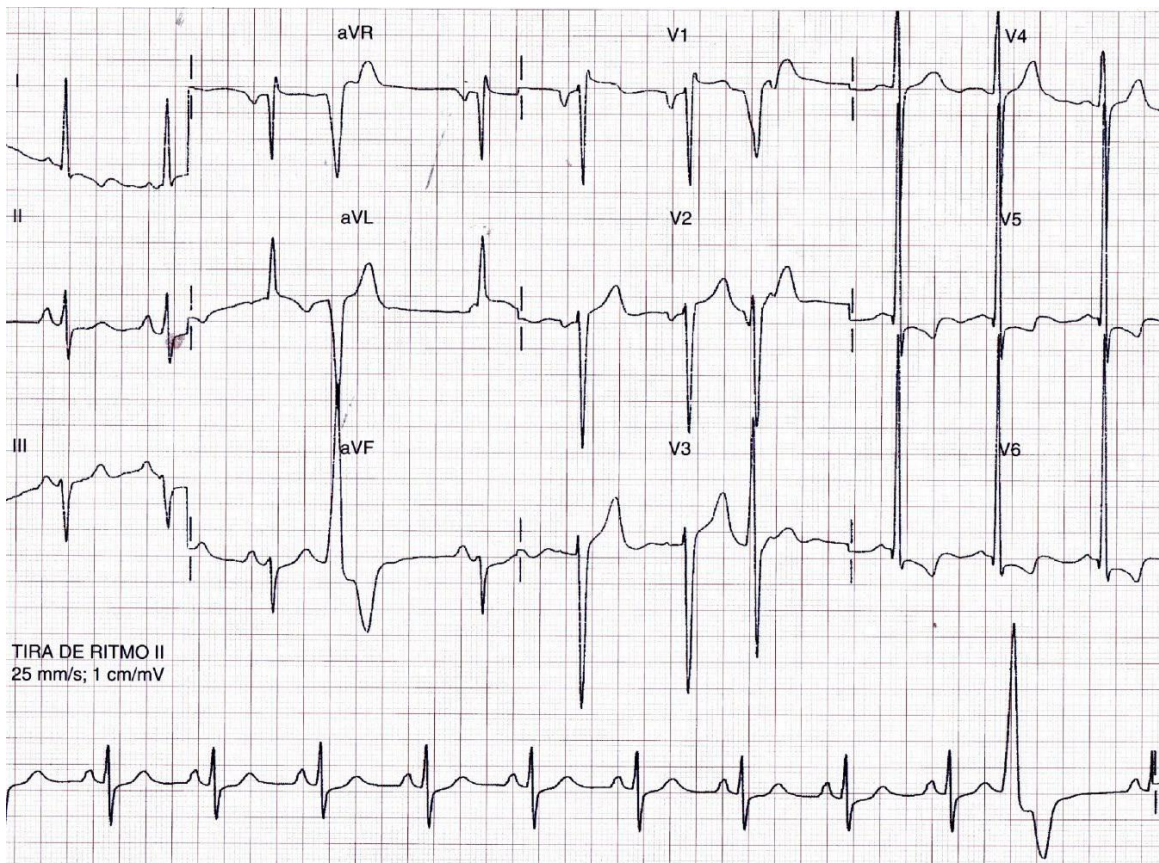
Recordamos ECG de consulta anterior:



ECG: Ritmo Sinusal, FC 60 por minuto, Eje eléctrico: + 45°, Onda P normal, Intervalo PR 160 mseg, QRS 60 mseg, QT 380 mseg, Repolarización normal

- ¿En base a este electrocardiograma detecta LOB a nivel cardíaco? La HTA puede generar distintas repercusiones a nivel cardíaco, por diferentes mecanismos. Así, aumenta la incidencia de arritmias, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, y una de las consecuencias más notorias y representativas es la hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI). ¿Cómo califica al electrocardiograma en cuanto a sensibilidad y especificidad para la detección de HVI? ¿La presencia de hallazgos compatibles, confirma su presencia? ¿La ausencia de signos de HVI descarta su presencia?

Si Mario hubiese presentado el siguiente electrocardiograma, cómo lo interpretaría:



Descripción:

Ritmo Sinusal. FC 75 por minuto. Eje eléctrico: -25° (desviado a la izquierda). Onda P normal. Intervalo PR 160 msec. QRS 80 msec. QT 400 msec

Como signos de sobrecarga ventricular izquierda observamos:

- ✓ Signo de Sokolow- Lyon: sumatoria de la S de V1 más la R de V5 o V6 > 35 mm
- ✓ Signo de Sokolow: onda R de V5 o V6 > 26 mm
- ✓ Signo de Cornell: sumatoria de la R de aVL más la S de V3 > 20 mm en la mujer y 28 mm en el hombre
- ✓ Signo de Friedmann: onda S máxima más onda R máxima > 45 mm

Signos indirectos de sobrecarga del VI:

- ✓ Eje eléctrico desviado a la izquierda: -25°

- ✓ *Infradesnivel del ST con onda T negativa de ramas asimétricas en derivaciones D I, avL, V5 y V6.*
- ✓ *Sobrecarga auricular izquierda: onda P negativa mayor de 1 mm en derivación V1.*

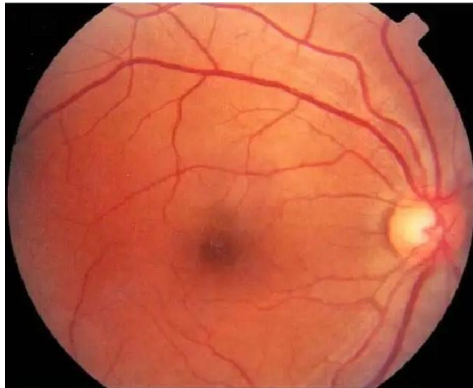
Otros hallazgos:

Se observan dos extrasístoles ventriculares (latidos anticipados con morfología del QRS distinta del de base)

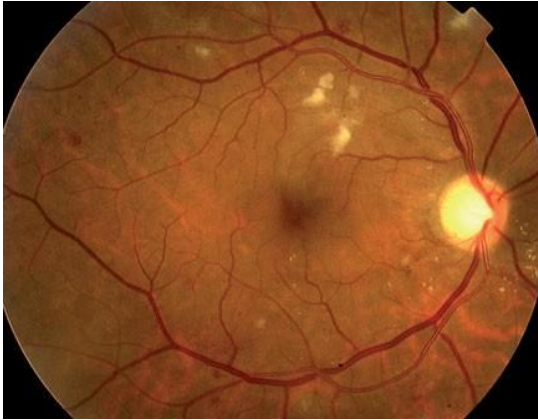
- Estratificación de riesgo cardiovascular en hipertensión: cuáles son las variables a tener en cuenta para establecer niveles de riesgo y cuál es la importancia práctica de categorizarlo.
- ¿Iniciaría en Mario búsqueda de causas de HTA secundaria?
- ¿Qué situaciones, tanto de la presentación clínica, del examen físico, como de métodos complementarios, pueden orientar a la sospechar HTA secundaria?
- En caso de que en los análisis hubiese detectado hipopotasemia, o insuficiencia renal o hipercalcemia, o elevación o disminución de TSH, que causas podría haber sospechado en cada caso
- Tratamiento: cambios en estilo de vida, impacto, principales medidas.
- Fármacos antihipertensivos. Mecanismos de acción. Principales efectos indeseables con impacto clínico
- ¿Indicaría a Mario tratamiento farmacológico en esta instancia, debería haberse indicado previamente o aún no es necesario? ¿Aguardaría más tiempo teniendo en cuenta de que Mario parece entusiasmado con las modificaciones en estilo de vida, con descenso paulatino de peso, disminución del consumo de sodio, etc.?
- De indicar un esquema farmacológico elegiría monoterapia o combinación, y que fármaco/s seleccionaría para el caso particular de Mario, y su justificación.

Apéndice. Imágenes de fondos de ojo

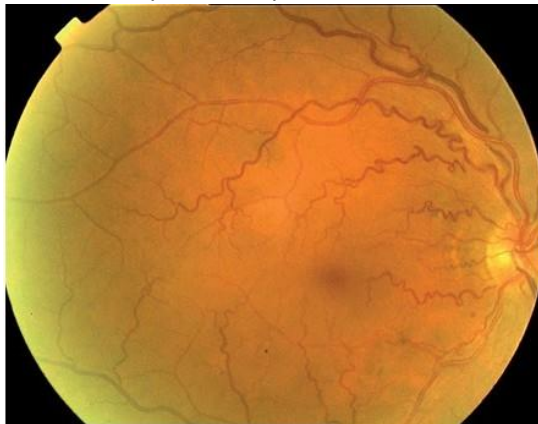
A. Normal (descripción de fondo de ojo de Mario)



- B. Exudados algodonosos en arcada temporal superior, exudados duros peripapilares, hemorragias puntiformes en el recorrido de las arcadas y cruces arteriovenosos en arcadas vasculares superior e inferior grado II y II



- C. Vasos retinianos tortuosos en forma de tirabuzón. Signo de Guist por tortuosidad de las vénulas perimaculares, dilatación venosa y cruces arteriovenosos grado III-IV en las arcadas temporales superiores.



- D. Edema de papila secundario a HTA severa (crisis hipertensiva) junto a exudados duros tortuosidad vascular, neovasos peripapilares y signos de cruce grado IV.



UNIDAD TEMÁTICA 5: RIESGO CARDIOVASCULAR. FOCO EN DISLIPEMIA, DISFUNCIÓN METABÓLICA ASOCIADA A HÍGADO GRASO, HIPERURICEMIA

OBJETIVOS:

Dislipemias: Epidemiología de las dislipemias. Fisiopatología. Distintas clasificaciones. Dislipemias primarias y secundarias, hereditarias y adquiridas. Diagnóstico ¿Cómo solicitar análisis de lípidos? Interpretación de los análisis. Lipoproteínas. Hipercolesterolemias e hipertrigliceridemias. Fórmulas de cálculo. Impacto clínico. Dislipemias aterogénicas. Dislipemias del síndrome metabólico. Decisiones de tratamiento. Objetivos de control de lípidos (valores y riesgo). Impacto de modificaciones en estilo de vida. Fármacos hipolipemiantes (grupos, mecanismos de acción, efectos indeseables). Indicaciones de tratamiento. Controversias en prevención primaria cardiovascular. Nuevas drogas.

Hipertensaminasemias y disfunción metabólica asociada a hígado graso: evaluación clínica de pacientes con alteraciones de la analítica hepática. Interpretación del laboratorio hepático. Diagnósticos diferenciales en hipertransaminasemia asintomática. Disfunción metabólica asociado a hígado graso (Hígado graso no alcohólico, esteatosis y esteatohepatitis), interpretación, evaluación y significación clínica. Exámenes complementarios. Tratamiento

Hiperuricemia: evaluación y causas de la hiperuricemia. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas. Significado en contexto de síndrome metabólico. Indicación de tratamiento y fármacos hipouricemiantes.

Guía de trabajo general y particular del caso, para discutir en la tutoría:

- En base a los resultados de análisis y al contexto de patologías y antecedentes de Mario, cómo clasifica su metabolismo lipídico.
- En el laboratorio actual no cuenta con resultado de colesterol LDL, a través de qué cálculo se podría inferir su valor.
- ¿Cuáles son los objetivos de valores de lípidos para Mario?
- ¿Qué característica suelen tener los lípidos asociados a síndrome metabólico?
- ¿Qué causas de dislipemia secundaria conoce? ¿Iniciaría en Mario búsqueda de causas secundarias de dislipemia?
- ¿A qué se denomina tríada aterogénica? ¿Cuál es su significado clínico? ¿Qué son y cómo puede inferirse los niveles de partículas de colesterol pequeño y denso de elevada capacidad aterogénica?
- Decisiones de tratamiento: en qué situaciones además de cambios en estilo de vida, deberían indicarse fármacos. ¿Cuál sería la selección de fármacos y de qué manera se realiza el seguimiento y evaluación del tratamiento?
- Mario presenta alteraciones en la analítica hepática, aprovechamos estos hallazgos para profundizar la evaluación de las alteraciones de la misma.
- ¿Qué se entiende por laboratorio hepático? ¿Cuáles son indicadores de inflamación del hepatocito, cuáles indican colestasis o masa ocupante? ¿Cuáles son marcadores de reserva hepática? ¿Cómo detectar insuficiencia hepática y pautas de alarma?
- La “hipertransaminasemia asintomática” es una situación frecuente en APS, ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales y como se realiza la evaluación inicial? ¿Qué estudios por

imágenes solicitar según la sospecha y situación (ecografía, fibroscan, tomografía, resonancia)? ¿Cuándo solicitar consulta con la especialidad?

- En el caso de Mario, cuál es su interpretación de la analítica hepática. ¿Qué estudios de laboratorio e imágenes solicitaría para completar la evaluación, y verificar su hipótesis diagnóstica? ¿Qué es la ferritina, y qué interpretación realiza del valor que presenta Mario en este contexto?
- ¿Cómo interpreta el valor de uricemia de Mario? ¿Constituye un factor de riesgo o solamente un marcador de estado metabólico? ¿Lo considera un componente más del síndrome metabólico? ¿Qué complicaciones y manifestaciones clínicas se asocian a hiperuricemia? ¿Le indicaría tratamiento farmacológico específico? En caso afirmativo con qué opciones cuenta

Conducta de Antonela:

Estimula a Mario con continuar con nutricionista, a quien envía nota informándole de las condiciones en cuanto a hipertensión arterial, dislipemia, esteatohepatitis e hiperuricemia para que ajuste la dieta teniendo en cuenta estas patologías. Explica a Mario la interacción de estos factores de riesgo y la necesidad de buscar un control global.

Explica también la necesidad de iniciar tratamientos con fármacos. Mario se muestra reticente a recibir medicación, dice sentirse bien y que intensificará los cambios en sus hábitos, que prefiere no tomar medicación.

Antonela le brinda información amplia y reafirma la medicación, y que sería muy beneficioso que logré abandonar el consumo de tabaco. Le brinda nuevamente la posibilidad de acompañarlo con un equipo especializado en tabaquismo.

En cuanto a indicación de fármacos: enalapril 10 mg por día, amlodipina 5 mg por día y rosuvastatina 10 mg/día. Le explica y escribe la forma de tomar la medicación, advierte la posibilidad de que aparezcan ciertos efectos indeseables, le ofrece consulta espontánea en horarios disponibles antes dudas o síntomas. Le prescribe fármacos para 1 mes, y le solicita que lleve un registro de controles de presión arterial con mediciones en su domicilio y la técnica adecuada para las mediciones.

**Observación: en la farmacia del centro de salud, no cuenta con combinaciones de fármacos antihipertensivos por lo que tiene que indicarle en comprimidos separados*

***Discutir en tutorías, la conducta de Antonela, los fármacos seleccionados, propondría otras opciones de tratamiento, como hubiese transmitido la información a Mario.*



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 6: OBESIDAD – DIABETES. PRIMERA PARTE. LA EVALUACIÓN INTEGRAL

Autora: María Florencia Badias (Clínica Médica – Hospital Provincial)

OBJETIVOS:

En esta unidad buscaremos abordar la obesidad como una enfermedad crónica, multifactorial, determinante y agravante de la gran mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles. Reconoceremos sus diferentes fenotipos, las escalas de gravedad y su implicancia en la morbimortalidad.

Dada la extrema prevalencia actual de dicha patología, buscaremos que los alumnos puedan reconocerla como una enfermedad crónica y sean entusiastas a la hora de abordarla y tratarla sin estigmatizar a los pacientes.

Valoraremos la importancia del interrogatorio en la historia clínica, de tomar el tiempo para historizar al paciente y de esa manera poder proporcionarle un abordaje terapéutico preciso.

Es de vital importancia conocer la epidemiología local y mundial al respecto, tanto como las evidencias científicas para su abordaje.

Contenidos a incorporar:

- ✓ Obesidad: Diagnóstico funcional. Escala de Edmonton.
- ✓ Enfermedades crónicas no transmisibles: definición, epidemiología, interrelación.
- ✓ Prediabetes, diagnóstico abordaje clínico. DOB en prediabetes.
- ✓ Screening de daño de órgano blanco. Costo efectividad. Evidencia.
- ✓ Nutrición: abordaje nutricional de los pacientes con Obesidad. Dietoterapia, cuales dietas presentan evidencia científica.

- ✓ Adherencia al tratamiento en las ECNT: definición según la OMS, cifras locales.

CASO CLINICO

Susana 53 años, concurre a consulta programada en Centro de Salud con Antonela, médica de Mario su pareja. Acude sola, preocupada y algo angustiada. Fue derivada por su ginecóloga luego de detectar algunos parámetros de su analítica fuera de rangos normales, sin establecer un diagnóstico, pero con preocupación sugirió la pronta consulta a su “clínica de cabecera”.

Susana refiere que, desde el advenimiento de la menopausia, hace 3 años, junto con los cambios de humor y de sueño, su cuerpo cambio, su peso no es el mismo, si bien nunca fue delgada, su peso actual interfiere en su rutina cotidiana. Refiere que aun cuidándose con la alimentación y haciendo ejercicio físico en forma regular está aumentando sostenidamente de peso. Y pareciera que alguno de esos kilos nuevos “se instalaron” en su abdomen. Escuchó en un programa de radio que esa grasa es peligrosa.

ANAMNESIS:

- Antecedentes personales: Hipotiroidismo primario diagnosticada a los 15 años.
- Antecedentes farmacológicos: Levotiroxina 100 ug día.
- Antecedentes quirúrgicos: Colectomía a los 50 años.
- Internaciones: Quirúrgicas y partos
- Alergias: Niega
- Vacunación: completa
- Antecedentes ginecoobstétricos: Gestas 4/Partos 4. Fecha última menstruación (FUM) a los 50 años. No recibe terapia de reemplazo hormonal. PAP y Senografía realizado este año, sin alteraciones.
- Antecedentes familiares: Madre con diabetes de “grande”, obesidad e hipertensión. Padre sano, muy fumador.
- Tabaquismo: 5 cigarrillos por día desde los 40 años (3,25 paquetes/año)
- Alcohol: Una copa de vino por día
- Sueño: Entrecortado desde la menopausia. Le cuesta conciliar. Poco reparador.
- Alimentación: Variada sin restricciones. Picoteo nocturno frecuente, relacionado con sus alteraciones del sueño. Rica en hidratos simples y ultraprocesados. Todas sus comidas son con jugos de sobre en su mayoría *light*. Si algo sobra en algún plato suele comerlo. Nunca tira sobras de comida.
- Actividad física: 3 veces por semana camina 1 hora en la plaza de su barrio.

Cuando se interroga sobre otros controles clínicos refiere nunca haber realizado un chequeo cardiovascular a excepción de un electrocardiograma que le realizaron antes de operarse de la vesícula. Tampoco realizó nunca una colonoscopia.

EXAMEN FISICO:

Signos Vitales: TA: 130/80 mm/Hg. FC: 75 lpm. FR: 12 rpm. Sat 21%: 98 %.

Peso: 97 kg. Talla: 1.62 m. Perímetro de cintura (PC) 112 cm. Índice de masa corporal (IMC): 37 kg/m²

Acantosis Nigricans en cuello y axilas. Resto del examen físico sin particularidades.

Concurre con los resultados de un laboratorio solicitado por su ginecóloga:

Hematocrito	42%	ASAT	36 UI/L	Colesterol total	235 mg/dL
Hemoglobina	12 g/dL	ALAT	57 UI/L	Colesterol HDL	34 mg/dL
Leucocitos	8600 /mm ³	FA	220 UI/L	Colesterol LDL	146 mg/dL
Plaquetas	310000/mm ³	GGT	70 UI/L	Triglicéridos	276 mg/dL
Glucemia	108 mg/dL	FSH	97 mUI/ml	Ac. úrico	8 mg/dL
Uremia	40 mg/dL	LH	51 mUI/ml	TSH	3,4 mU/ml
Creatinina	1mg/dL	Estradiol	0.05 pg/ml		

INTERROGANTES

- ¿Qué relación existe entre la menopausia y la composición corporal?
- ¿Qué opinión le merece su glucemia plasmática de ayunas? ¿Solicitaría algún otro estudio? ¿Cuál/es?
- ¿Susana tiene diabetes? ¿Cómo la diagnosticaría?
- ¿Qué es la prediabetes? ¿Existe riesgo cardiovascular y microvascular? ¿Debemos tratarla?
- ¿Cuál es el valor del IMC? ¿Qué subestima? ¿Qué sobreestima? Escala de Edmonton.
- ¿Cuáles son sus factores de riesgo?
- ¿Cuáles son los abordajes terapéuticos indicados en esta instancia? Farmacológicos y no farmacológicos
- ¿Con qué estrategias farmacológicas y no farmacológicas cuenta para el descenso de peso? ¿Qué implicancias tiene el descenso de peso en la remisión de las ECNT?
- ¿Qué opinión le merece los valores de lípidos? ¿Tomaría alguna conducta al respecto?
- ¿Qué interpretación realiza de su analítica hepática?
- ¿El valor de uricemia permite establecer el diagnóstico de gota? ¿Cómo interpreta la hiperuricemia en el contexto de Susana?
- ¿Considera oportuno realizar estudios para evaluar aterosclerosis subclínica? ¿Esto podría cambiar su abordaje y/o sus objetivos terapéuticos?
- ¿Cuáles serían sus indicaciones de abordaje no farmacológico?
- ¿Considera apropiado iniciar un tratamiento farmacológico?

Elaboración e interpretación del caso clínico. Planificación diagnóstico- terapéutica:

- Realice un breve resumen del caso, señale lista de problemas, planteos diagnósticos, metodología diagnóstica según corresponda.
- Realice una prescripción de los estudios que considera oportuno solicitar.
- Realice una prescripción de una rutina de actividad física ajustada a edad, sexo y características clínicas de Susana. Le solicitaría algún estudio o evaluación previo al inicio de actividad física.
- Realice una prescripción de una dieta hipocalórica, hipograsa, de bajo índice glucémico, normoproteica, variada, rica en calcio y vitamina d y adaptada para personas de bajos recursos.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 7: OBESIDAD – DIABETES. SEGUNDA PARTE. LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS

Autora: María Florencia Badías (Clínica Médica – Hospital Provincial)

OBJETIVOS:

Durante el desarrollo de esta unidad evaluaremos la importancia de adherencia al tratamiento médico. ¿Cuál es nuestro rol médico para potenciarla, y de qué estrategias podemos valernos? Repasaremos la definición de adherencia de la OMS, basados en las estadísticas locales y regionales realizaremos un análisis crítico sobre las causas de la baja adherencia en las ECNT y su impacto en la evolución natural de las enfermedades.

Evaluaremos cuando un paciente debe ser derivado desde un centro de atención primaria a un especialista o a una guardia de internación, desglosando las características de la evolución natural de las enfermedades crónicas y cómo estas pueden descompensarse y generar situaciones agudas de alta morbimortalidad.

Contenidos a incorporar:

- ✓ Diabetes Mellitus, criterios diagnósticos, abordaje terapéutico.
- ✓ Insulinización. Criterios de insulinización transitoria y definitiva.
- ✓ Conducta frente a un paciente con glucotoxicidad. ¿Cuándo internar? ¿Cuáles son las condiciones que debe tener para ser manejado en forma ambulatoria de manera segura?
- ✓ Complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus. ¿Cómo y cuándo deben evaluarse los daños de órgano blanco (DOB) en diabetes?
- ✓ ¿Cómo y cuándo puede descomplejizarse un tratamiento (por ejemplo, suspender la insulina)?
- ✓ Inmunizaciones

CASO CLINICO

Susana vuelve 3 años después, estuvo dedicada al cuidado de su nieto Jesús, sumado a trabajos ocasionales y tareas domésticas en su hogar.

No pudo hacer nada de lo acordado en la consulta anterior. Está muy preocupada porque si bien había aumentado mucho de peso, alcanzando un peso máximo de 109 kilos, ahora siente que esta bajando sin demasiado esfuerzo. Se siente cansada y se levanta a orinar varias veces por noche. Además, refiere que en el último tiempo tuvo que cambiar de lentes en dos oportunidades, y aún así, ve borroso.

Durante estos años recibió diagnóstico de hipertensión arterial, que la atribuyó al estrés por la situación económica y familiar, y fue medicada con enalapril 10 mg dos veces al día.

Su esposo, Mario, quien la acompaña a la consulta, refiere que por las noches ronca muy fuerte y que por momentos deja de respirar.

Examen físico:

Signos vitales: Vigil, orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15. PA: 150/95 mm/Hg. FR: 14rpm. FC: 90 lpm. Saturación O₂: 96% Peso: 99.5 kg. Signos leves de deshidratación, como mucosas secas y signo del pliegue positivo. Aparato respiratorio: aislados roncus. Resto del examen físico sin particularidades

Se realiza en consultorio Hemoglucotest: 478 mg/dl y cetonemia por tiras reactivas: 0.2

Se solicita un laboratorio por guardia:

Hematocrito	42 %	Na	132 mEq/L	Colesterol total	285 mg/dL
Hemoglobina	12 g/dL	K	4 mEq/L	Colesterol HDL	34 mg/dL
Leucocitos	8900/mm ³	FA	220 UI/L	Triglicéridos	353 mg/dl
Plaquetas	333000/mm ³	Cetonemia	Negativa	TSH	12.1 mUI/l
Glucemia	501 mg/dL			T4 libre	0.6 ng/dL
Uremia	45 mg/dL				
Creatinina	1,5 mg/dL				

Orina completa: densidad 1015, pH 6, Glucosuria +++, Proteinuria ++, Cuerpos cetónicos +

INTERROGANTES

- En función a su hipótesis diagnóstica, fundamente como elegiría los métodos complementarios más apropiados para completar su diagnóstico, con adecuada relación costo/beneficio.
- ¿Resultaba esperable la evolución de su cuadro metabólico que presentó Susana en los últimos tres años?
- ¿Cómo se establece el diagnóstico de diabetes mellitus? ¿Qué tipos de diabetes conoce y cuál estima que es el de Susana?

- ¿Cuál sería su abordaje terapéutico? ¿Podría señalar cuáles son los objetivos de control global a alcanzar en Susana y en qué plazo planifica realizarlos? ¿Cómo estima su riesgo cardiovascular global?
- ¿Cómo interpreta los valores de TSH y T4I? ¿Qué conducta adoptaría?
- ¿Existe una relación entre sus niveles de lípidos y su control metabólico?
- ¿Cómo valora la función renal de Susana? ¿Qué otros estudios solicitaría para evaluar el daño renal por diabetes?
- ¿Cómo inicia la insulinización en un paciente con diabetes tipo 2? ¿Cómo lo hace cuando su paciente se encuentra glucotóxico?
- ¿Es la descompensación metabólica una contraindicación para el uso de fármacos orales (ADO=antidiabéticos orales)? ¿Considera apropiado indicar un esquema dual (ADO + Insulina), de ser así que grupo/s farmacológico/s utilizaría y por qué?
- ¿Es la obesidad una contraindicación para el uso de insulina?
- ¿Cuándo consideraría apropiado evaluar el DOB? ¿Cómo lo realizaría?
- ¿Cómo jerarquiza el comentario de su esposo respecto a los ronquidos? ¿Qué es el síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS)? ¿Qué implicancias tiene en un paciente como Susana? ¿Cómo lo puede diagnosticar y tratar?
- ¿Cuál es el esquema de inmunizaciones de un paciente adulto con diabetes?

Elaboración e interpretación del caso clínico. Planificación diagnóstico- terapéutica:

- Realice una descripción global del caso clínico presentado con su interpretación
- Realice una lista de problemas agudos y crónicos y un planteo diagnóstico utilizando un dato guía.
- Realice un listado de estrategias para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos. Comenzando por el consultorio y siguiendo por políticas de salud.
- Confeccione un plan nutricional para indicarle a Susana.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 8: EVALUACIÓN DE PACIENTE CON DISNEA

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

OBJETIVOS:

Realizar una aproximación diagnóstica racional al síntoma disnea. Comprender la utilidad y rédito diagnóstico de los exámenes complementarios disponibles en la evaluación de la disnea. Abordar contenidos teóricos sobre: exacerbación de EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva aguda / edema agudo de pulmón, tromboembolismo pulmonar, arritmias más frecuentes y crisis subjetivas, entre otros.

CASO CLÍNICO: Mario (63 años) perdió contacto con sistema de Salud y abandonó los tratamientos indicados para la hipertensión y la dislipemia. Por cuestiones laborales y económicas no pudo mantener el seguimiento con la nutricionista ni las pautas alimentarias que había recibido, no comenzó a realizar actividad física de manera regular y continuó fumando entre 15 a 20 cigarrillos por día. Refiere que estuvo con problemas con su hijo Pablo, lo que generó altos niveles de estrés y ansiedad. Aumentó aproximadamente 12 kg de peso en los últimos años.

Actualmente consulta a la guardia, luego de 8 años sin tener contacto con el sistema de salud. Refiere un cuadro de 5 días de evolución caracterizado por disnea de esfuerzo que comienza de manera insidiosa y progresa hasta hacerse de reposo. Refiere también sensación febril y empeoramiento de la tos habitual, con expectoración mucosa abundante. Además, comenta que durante las últimas noches le ha costado conciliar el sueño a causa de la disnea, que empeoraba con el decúbito.

Examen físico: Signos vitales: PA 150/90 mmHg / FC 120 lpm / FR 26 cpm / T 36,9°C / Saturación de oxígeno (SO₂) 90 % - Impresiona angustiado y moderadamente enfermo. Ingurgitación yugular 5/6 con colapso inspiratorio parcial. Ruidos cardíacos hipofonéticos, se ausculta R3. Latido apexiano levemente desplazado hacia la izquierda. Respiración costoabdominal con leve uso de músculos accesorios, espiración prolongada. Murmullo vesicular disminuido de forma bilateral con escasos roncus que se modifican con la tos, algunas sibilancias difusas y rales crepitantes bilaterales en bases y campos medios. Vibraciones vocales conservadas y simétricas. Abdomen blando depresible e indoloro. Ruidos hidroaéreos conservados. Borde hepático a dos traveses de dedos por debajo del último arco costal. Reflujo hepatoyugular positivo. Edemas simétricos infrapatelares con signo de Godet +++.

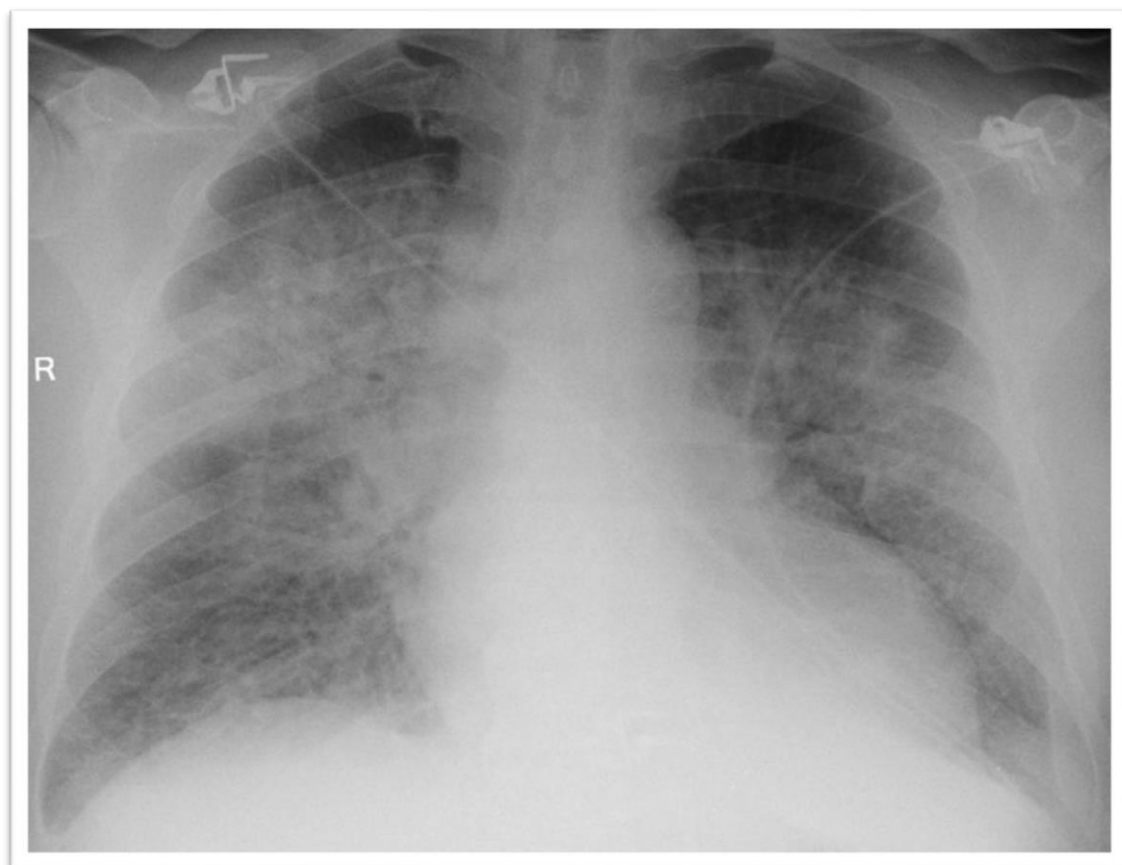
Laboratorio:

Hematocrito	48%	Uremia	38 mg/dL	ASAT	72
Hemoglobina	16 g/dL	Creatinina	1,1 mg/dL	ALAT	58
Leucocitos	8900/mm3	Na	131 mEq/L	FA	110
N/L/M/E/B	47/38/10/3/2 %	K	4,2 mEq/L	GGT	62
Plaquetas	290.000/mm3	Cl	95 mEq/L	Bil T (Dir)	2,1 (1,6) mg/dL
Glucemia	105 mg/dL	CPK	112 UI/L	Pro-BNP	2340 pg/mL
VES	31 mm/1H	LDH	145 UI/L	Troponina I	0,01 ng/mL

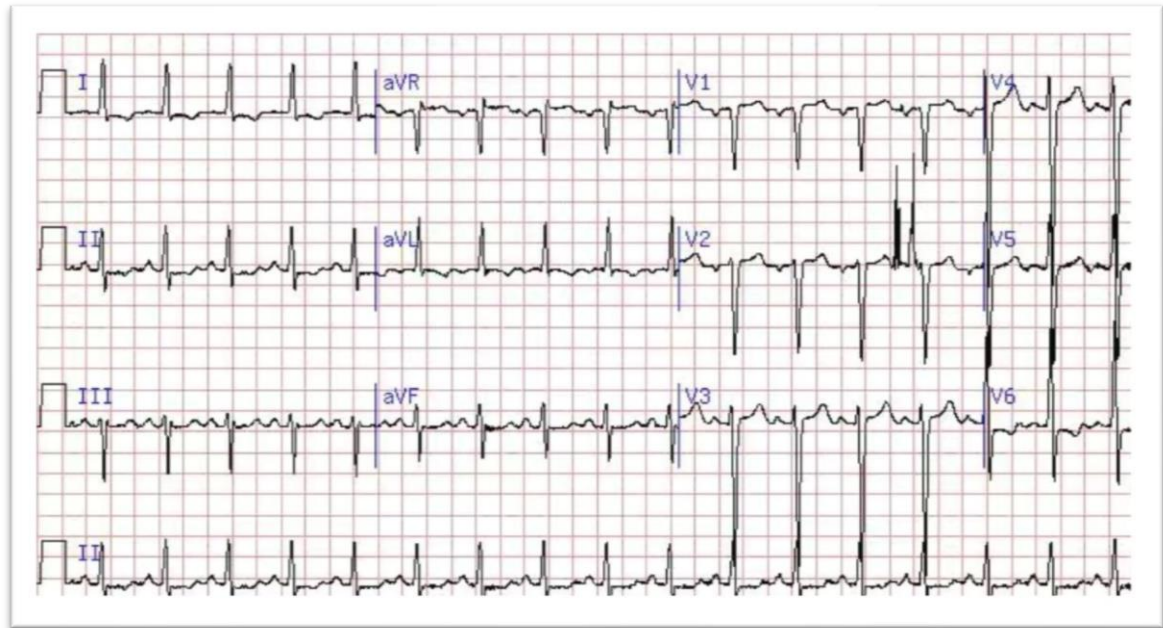
EAB (FiO2 21%)

pH	PaCO2	PaO2	EB	HCO3	Sat O2
7,32	58 mmHg	63 mmHg	2 mEq/L	28 mEq/L	89 %

Radiografía de tórax: cardiomegalia (ICT > 50%) hilios pulmonares congestivos, redistribución de flujo hacia los vértices, líneas B de Kerley y borramiento de ambos senos costofrénicos. Infiltrado alveolo-intersticial basal bilateral.



Electrocardiograma: Ritmo sinusal, FC 118 lpm, PR 0.16", AQRS - 15°, QTc 0.41" - Ondas R altas en V5-V6 y ondas S profundas en V1 y V2. Alteraciones inespecíficas del ST en cara lateral. Alteraciones en la repolarización ventricular (ondas T negativas en las derivaciones laterales).



PREGUNTAS GUIA

¿Qué mecanismos fisiopatológicos se encuentran implicados en la producción de la disnea?

¿Necesariamente debe haber hipoxemia para que haya disnea?

¿Qué órganos o sistemas piensa que un paciente con disnea tiene afectados?

¿Qué datos de la anamnesis y examen físico le parecen importantes para orientarse sobre la causa cardíaca o respiratoria de la disnea?

¿Qué valor le da a los siguientes datos y hallazgos del examen físico:

- inicio gradual (versus súbito)
- presencia de ortopnea
- tos productiva (versus seca)
- ruidos cardíacos alterados
- auscultación respiratoria con los ruidos agregados descriptos
- ingurgitación yugular
- hepatomegalia
- reflujo hepatoyugular positivo
- edemas en MMII (simétricos versus asimétricos)

¿Qué exámenes complementarios le parece apropiado solicitar para confirmar su sospecha diagnóstica?

¿Cómo interpreta el laboratorio y sus alteraciones? (hemograma, fórmula leucocitaria, medio interno, hepatograma, pro-BNP).

En relación al estado ácido-base, ¿qué trastorno identifica? ¿Es un proceso agudo o crónico, compensado o no?

La radiografía de tórax ¿qué diagnóstico sugiere? ¿Orienta a patología cardíaca o pulmonar? ¿Qué patologías que podrían ocasionar disnea permite descartar la radiografía de tórax?

Con respecto al ECG, ¿encuentra algunos de los signos de hipertrofia de VI (ya analizados en las UT anteriores)?

¿Sería de utilidad realizar una espirometría en este momento?

¿Qué probabilidad clínica de estar padeciendo un TEP le asignaría a este paciente? ¿Qué utilidad le daría a un dímero-D en este contexto? ¿Solicitaría una angio-TC tórax con protocolo para TEP para evaluar esa posibilidad diagnóstica?

¿Considera que puede tratarse de un ataque de pánico? ¿En datos qué basa su respuesta?

¿Hubiera indicado algún examen complementario más?

¿Cuál es su interpretación del cuadro? ¿Qué tratamiento corresponde?

RESOLUCION: Se interpreta el cuadro como edema agudo de pulmón de origen cardiogénico, resultante de una ICC descompensada por una exacerbación infecciosa de EPOC. El paciente se interna en UCO. Recibe O2 a bajo flujo (garantizando SO2 de 92%) y tratamiento con diuréticos y vasodilatadores EV (nitroprusiato). Además, inicia nebulizaciones con salbutamol e ipratropio, recibe hidrocortisona 100 mg EV cada 12 hs y ampicilina-sulbactam 1,5 g EV cada 6 hs. Presentado buena evolución y mejoría de los síntomas. Se otorga el alta luego de 96 hs de internación y se lo remite a control por consultorio externo.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

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_r 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?



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 10: EVALUACIÓN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

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

OBJETIVOS:

Realizar la evaluación inicial del paciente con dolor torácico (DT) priorizando las causas según gravedad y morbimortalidad. Comprender la importancia del interrogatorio y del examen físico como herramienta diagnóstica del paciente con DT y en particular del síndrome coronario agudo (SCA) en el contexto prehospitalario; en el servicio de urgencias y en las unidades especializadas. Conocer e interpretar los estudios complementarios disponibles para el diagnóstico del SCA y sus diagnósticos diferenciales. Revisar las clasificaciones, fisiopatología, complicaciones y manejo terapéutico del SCA. Analizar los criterios de: derivación al especialista; ingreso y egreso a las unidades de dolor, coronaria o polivalente y seguimiento ambulatorio.

CASO CLÍNICO:

Susana, de 58 años, con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (diagnosticada a los 56 años), dislipemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, tabaquismo y sedentarismo, solicita consulta a domicilio por opresión en el pecho y dificultad para respirar de 30 minutos de evolución, acompañada de náuseas y sudoración fría mientras veía televisión. Es la primera vez que presenta estos síntomas, lo cual le provoca temor y angustia. Diez minutos después, llega el servicio médico de urgencia y, además del interrogatorio descripto, realiza:

- a. Examen físico: La paciente se encuentra lúcida ubicada en tiempo y espacio. Signos vitales: PA 140/80 mmHg / FC 100 lpm / FR 24 cpm / T 36°C / SO₂ 98 %. Ingurgitación yugular 2/6 con colapso inspiratorio. La auscultación cardíaca evidencia ausencia de soplos, R1 y R2 hipofonéticos en los cuatro focos. El examen respiratorio muestra patrón respiratorio torácico, con murmullo vesicular conservado de forma bilateral. Las vibraciones vocales conservadas y simétricas. Abdomen blando depresible e indoloro. Ruidos hidroaéreos conservados. No se palpan visceromegalias. Reflujo hepatoyugular negativo. Sin edemas en miembros inferiores. Su peso actual es de 88 kilogramos y su estatura es de 1,60 metros.

- b. Electrocardiograma: Ritmo sinusal, FC 100 lpm, PR 0.12". AQRS +60°. QTc 0.40". QRS $\leq$ 0.10". Sobreelevación convexa del segmento ST mayor a 2 mm de V1 a V5. Sin otras alteraciones.

La paciente es trasladada a un hospital de tercer nivel. Al ingreso presenta palpitaciones, sudoración fría, dolor retroesternal de intensidad 6/10, PA 100/70 mmHg / FC 150 lpm / FR 30 cpm/. Se solicitan ECG, radiografía de tórax y laboratorio:

- a. Electrocardiograma de 12 derivaciones: no presenta onda P, QRS angostos e irregulares, tremulación de la línea de base, FC 150 lpm y alteraciones del segmento ST de V1 a V5.
- b. Radiografía de tórax: relación cardiorácica $\leq$ 45%, hilios pulmonares normales, sin redistribución de flujo ni líneas B de Kerley, senos costofrénicos libres, campos pulmonares expandidos y radiolúcidos, cupulas diafragmáticas a nivel del sexto espacio intercostal.

- c. Laboratorio

Determinaciones	Resultados al ingreso	Resultados a las 4hs del ingreso
Hematocrito	42%	
Hemoglobina	14 g/dL	
Leucocitos	8000/uL (N 47%, L 38%, M 10%, E 3%, B 2%)	
VES	11 mm/1H	
Glucemia	155 g/dL	
Uremia	38 mg/dL	
Creatinina	1,2 mg/dL	
Na	135 mEq/L	
K	4,2 mEq/L	
ASAT	30 UI/L	
ALAT	28 UI/L	
FAL	110 UI/L	
GGT	32 UI/L	
CPK	100 U/L	120 U/L
Troponina I	0,04 ng/ml	1 ng/ml
Bilirrubina total	2,1 mg/dL (BI: 1,6 mg/dL)	
Pro-BNP	50 pg/mL	
pH	7,40	
PaO2	90 mmHg	
PaCO2	35 mmHg	
EB	2 mEq/L	
HCO3	24 mEq/L	
SO2	98%	

Después de 48 horas de internación, la diuresis se redujo a 400 ml/día y los valores de creatinina sérica y de uremia se elevaron a 2,2 mg/dl y a 98 mg/dl respectivamente.

PREGUNTAS GUIA:

1. ¿Cuáles son las posibles etiologías del dolor torácico?
2. ¿Qué entiende por dolor torácico visceral, somático y referido? ¿Cuáles son sus vías de conducción?
3. ¿Describa el mecanismo fisiopatológico involucrado en la producción del dolor torácico?
4. ¿Cuál es el síntoma principal en la paciente y cuáles son los síntomas asociados?
5. ¿Como investiga el dolor en el interrogatorio y evalúa su intensidad?
6. Con los datos aportados. ¿Es posible inferir la causa del dolor torácico en la paciente?
7. ¿Cómo interpreta los datos del examen físico?
8. ¿Está de acuerdo con la realización del ECG en el domicilio? ¿Cómo lo interpreta?
9. ¿Qué conducta debería tomar el médico de emergencia con la paciente?
10. ¿Se justifica solicitar estudios complementarios adicionales? Fundamente su indicación.
11. ¿Cómo procedería en el manejo del SCA en los distintos escenarios de atención?
12. ¿Cuál es el rol de las unidades especializadas en la atención del SCA?
13. ¿Cuáles son las complicaciones del SCA?
14. ¿Como interpreta el cuadro clínico de la paciente al internarse? ¿Presenta inestabilidad hemodinámica? ¿Presenta arritmia en el ECG? ¿Qué arritmias son frecuentes en el SCA?
15. ¿Cuál es el tratamiento de las arritmias asociadas con inestabilidad hemodinámica?
16. ¿Cómo se define y clasifican las taquiarritmias y cuál de ellas tiene riesgo de cardio-embolia?
17. ¿La paciente presenta oligoanuria? ¿Los valores de uremia y creatinina informados apoyan el diagnóstico de insuficiencia renal aguda (IRA)? ¿Cómo se clasifica la IRA? ¿Qué causas de IRA tiene la paciente?



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 m² no oligoanúrica.
 - 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 isoeléctrico/ buena progresión de R en las precordiales/ QTc 0,40". **Laboratorio:** Hemograma normal Glucemia 135 mg/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 cardíaca.
 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?*



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 12: COMPLICACIONES DE LA DIABETES. INFECCIÓN PIE DIABÉTICO. VASCULOPATÍA PERIFÉRICA. DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA

Autora: Antonela Kippes (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

OBJETIVOS:

Abordar de manera general y particular las principales complicaciones, crónicas y agudas, de la diabetes mellitus.

Comprender la indicación, utilidad y metodología disponible para la evaluación del daño de órgano blanco por diabetes mellitus y de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Vasculopatía periférica: manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos. Pie diabético: evaluación, clasificación, tratamientos y abordaje integral.

Complicaciones agudas de la diabetes: hipoglicemias, cetoacidosis diabética y estados hiperosmolares no cetósicos. Diagnóstico, evaluación y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Susana (actualmente de 62 años) es derivada por el SIES a la guardia de emergencias de un Hospital de tercer nivel por un cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal intenso localizado en epigastrio, que irradia a dorso y se asocia a náuseas, vómitos alimenticios y disnea de reposo. Ingresa con miedo y muy angustiada, ya que dichos síntomas le recordaron mucho al momento de su infarto agudo de miocardio previo (ver antecedentes luego) y teme estar ante un nuevo evento coronario.

Refiere, además, que desde hace unos 15 días presenta edema, eritema, aumento local de la temperatura y secreción purulenta fétida interdigital de los dedos de pie izquierdo, asociados a sensación febril. Relaciona el comienzo de ese cuadro con un traumatismo sufrido en ese pie mientras utilizaba un calzado inadecuado.

Por este motivo consultó al centro de salud de su barrio (refiere que su médica de cabecera Antonela estaba de licencia y que la atendió un médico que se encuentra realizando el reemplazo), donde le indicaron antibioticoterapia con betalactámicos (amoxicilina 500 mg cada 8 horas vía oral). Habiendo cumplido con dicho tratamiento, tuvo escasa mejoría. Cuatro días previos a la consulta observó que los dedos se tornaron más oscuros y fríos que lo habitual, por lo que se colocó una crema que le recomendó su vecina para aliviar el dolor.

Refiere que desde hace 3 años aproximadamente se coloca la insulina en forma irregular, suspendiendo la aplicación en el último año porque ya está cansada de las aplicaciones, manteniendo la toma de metformina. Comenta que tiene dificultades para cumplir con medidas higiénico-dietéticas debido a situación económica desfavorable por la pérdida de trabajo de su marido Mario.

Antecedentes: sedentarismo, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial e hipotiroidismo. Sufrió un IAM con colocación de stent hace 4 años, detección de fibrilación auricular en esa internación y seguimiento por nefropatía con enfermedad renal crónica (ERC). Es tabaquista de 15 cigarrillos/día (abandono el hábito posterior al IAM, pero al año del mismo retomó el consumo). No realiza actividad física de manera regular.

Medicación habitual: AAS 100 mg/día VO. Bisoprolol 5 mg/día VO. Atorvastatina 20 mg/día VO. Metformina 1000 mg/2 veces por 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 (suspendió su aplicación hace un año sin indicación médica)

Examen físico:

Signos vitales: TA 160/90 mmHg / FC 115 lpm ritmo regular/ FR 26 cpm / T 38,3°C / S02 98% (FiO2 21%)

Vigil, lúcida, orientada globalmente. Mucosas secas, signos de deshidratación (signo del pliegue +). Ruidos cardiacos normo fonéticos, no se auscultan soplos, ritmo regular. Taquipnea, regular mecánica ventilatoria, con respiraciones rápidas y profundas, murmullo vesicular conservado. Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio sin defensa ni descompresión. No se palpan visceromegalias.

En miembro inferior izquierdo, se observa necrosis y secreción purulenta en 3er y 4to dedos, asociadas a eritema y aumento de temperatura local hasta la región infrapatelar. No se palpan pulsos periféricos. El miembro inferior derecho presenta pulsos débiles. Onicomicosis bilateral.



Se realiza una medición de glucemia capilar con sistema Accucheck®, que arroja resultado "High". Se coloca vía periférica, sonda vesical, se extrae muestra de laboratorio y hemocultivos.

Laboratorio:

Hematocrito	39%	VES	98 mm/1H	ASAT	26 UI/l
Hemoglobina	12,4 g/dl	Uremia	77 mg/dL	ALAT	19 UI/l
Leucocitos	18840/mm ³	Creatinina	2,56 mg/dL	FA	103 UI/l
N/L/M/E/B	81/10/6/2/1 %	Natremia	127 mEq/L	GGT	35 UI/l
Plaquetas	456.000/mm ³	Potasemia	4,2 mEq/L	Bil T (Dir)	1 (0,5) mg/dL
Glucemia	598 mg/dL	Cetonemia	++++	CPK	125 UI/L

Estado ácido-base (venoso)

pH	PaCO ₂	PaO ₂	EB	HCO ₃	Sat O ₂
7,07	24 mmHg	63 mmHg	-17 mEq/L	8 mEq/L	98 %

Inicia fluidoterapia e insulinoterapia por bomba de infusión continua más aportes de cloruro de potasio. Luego de toma de hemocultivos inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam + vancomicina EV.

Durante la internación, se solicitan los siguientes estudios complementarios:

Electrocardiograma: ritmo sinusal FC 98 lpm/ AQRS +60°/ PR 0,12" / QRS 0,10" / ST isoelectrico/ buena progresión de R en las precordiales/ QTc 0,40".

Orina completa: color amarillo claro, aspecto límpido, densidad 1024, pH 5, proteinuria 0.36 (g/l), glucosuria 35.2 (g/l), cetonuria 3+, pigmentos biliares no detectable, urobilinas normales, hemoglobina 2+, hematíes 0-1 por campo de 400x, leucocitos 1-2 x campo de 400x, piocitos no se observan, 2-3 células epiteliales por campo de 400x, cilindros hialinos 1-2 por campo, cilindro granulo-hialino 1 cada 2-3 campos, cilindros granulosos 1 cada 8-10 campos. Índices urinarios: creatininuria 37.69 mg/dl, proteinuria 0.36 g/l, IPC 955.2 mg/g creatinina.

Radiografía de tórax frente y perfil: centrada, bien penetrada, sin infiltrados pleuroparenquimatosos, senos costofrénicos libres.

Radiografía de miembro inferior izquierdo: signos de rarefacción ósea en falanges distales de 3º y 4º dedo pie izquierdo.



HbA1c: 13.1%

Ecodoppler arterial de miembros inferiores: MI derecho: en los segmentos arteriales explorados se observaron signos de ateromatosis aislada y aumento del grosor y ecogenicidad de las paredes arteriales. Al análisis doppler de los segmentos arteriales explorados, se registró al momento del estudio, flujo anterógrado laminar, con morfologías y velocidades conservadas. MI izquierdo: en los segmentos arteriales explorados se observaron signos de ateromatosis aislada y aumento de grosor y ecogenicidad de las paredes arteriales. Al análisis doppler de los segmentos arteriales explorados, se registró al momento del estudio flujo anterógrado laminar, con morfologías y velocidades conservadas. Conclusión: sin signos de estenosis hemodinámicamente significativa.

Hemocultivos: negativos.

Cultivo de partes blandas:

- Staphylococcus aureus (Resistente: oxacilina, cefalotina, claritromicina; Sensible: ciprofloxacina, cotrimoxazol, clindamicina, rifampicina, vancomicina)
- Pseudomonas aeruginosa (Resistente: ampicilina, ampicilina/sulbactam; Sensible: ciprofloxacina, ceftazidima, piperacilina/tazobactam, imipenem, meropenem)

PREGUNTAS GUÍA

- Podría analizar y justificar el riesgo de Susana tanto desde la descompensación de la diabetes como del daño macro y microvascular.
- ¿Qué factores considera importantes en cuanto a la adherencia, el acceso a la medicación y al seguimiento/control y cuidado de la Salud de Susana y sus enfermedades crónicas? ¿Qué determinantes sociales, culturales, económicos identifica en esta situación?
- Realizar un análisis racional y crítico de la medicación indicada. ¿Modificaría su tratamiento farmacológico crónica?
- Realizar un análisis de los hallazgos de laboratorio de Susana y su interpretación en el contexto de la consulta actual
- La descompensación metabólica de Susana, ¿corresponde a una hiperglicemia severa aislada, una cetoacidosis diabética (CAD) o a un estado hiperglicémico hiperosmolar (SHH)? ¿Es esperable? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos que determinan dichas complicaciones?
- ¿Cuáles son los factores desencadenantes de una descompensación metabólica? ¿Se puede prevenir?
- ¿Cuál es la forma de presentación típica de la CAD? ¿Es similar al SHH?
- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para clasificar estos trastornos agudos de la diabetes? ¿Qué parámetros analíticos y que valores definen las distintas situaciones?
- ¿Es posible una CAD en presencia de valores normales de glucemia? ¿En caso afirmativo en que ocasiones o situaciones podría presentarse?
- ¿Cuáles son sus principales diagnósticos diferenciales?
- ¿Qué estudios complementarios solicitaría para evaluar el compromiso global de la paciente, y determinar la etiología de la descompensación?
- El tratamiento de las complicaciones agudas ¿siempre se realiza en sala general? ¿Qué situaciones requieren de manejo en cuidados críticos? ¿Cuáles son las medidas terapéuticas a considerar?
- ¿Existen otras complicaciones agudas relacionadas con el inadecuado manejo terapéutico de la diabetes?
- ¿Cuáles son los signos y síntomas para reconocer una hipoglicemia? ¿Cómo se trata?
- En relación con la patología de pie diabético, ¿Era esperable que Susana tenga lesiones compatibles con pie diabético? ¿Se podría haber prevenido esta complicación? ¿Qué importancia asigna a la educación de cuidados de la salud en general y de la diabetes en particular? Proponer estrategias de educación diabetológica en un centro de salud.
- ¿Qué gérmenes podrían estar implicados en el compromiso del pie? ¿Podría haber más de un germen?
- ¿Considera que el cuadro es leve, moderado o grave? ¿En base a que parámetros o criterios de gravedad puede categorizarse la patología de “pie diabético”?
- Respecto al tratamiento antibiótico elegido, ¿le parece el indicado en esta situación? ¿hubiese optado por otro esquema de menor espectro?
- ¿En pacientes con cuadros leves, puede indicarse tratamiento por VO? ¿Con cuáles antibióticos? Mencione al menos 3 esquemas posibles cubriendo los gérmenes más probables.
- ¿Qué servicios debiera interconsultar para abordar el problema de Susana?
- Además del tratamiento médico ¿Qué otra conducta tomaría?

- Debido a los hallazgos en el eco Doppler arterial de miembros inferiores, ¿cree que Susana presenta un cuadro compatible con vasculopatía periférica? ¿Solicitaría evaluación al Servicio de Hemodinamia para realizar arteriografía de miembros inferiores?
- ¿Piensa que Susana tiene o puede tener daño en otros órganos a causa de su diabetes mal controlada? Mencione cuáles son los daños más frecuentes ocasionados por la diabetes.
- ¿Cree necesario solicitar otros estudios que evalúen daño de órgano blanco? ¿Cuáles solicitaría?

¿A qué patología corresponden las siguientes imágenes? ¿Cuál es la fisiopatogenia de esta complicación?
¿Qué tratamiento debería indicarse en este caso?







Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 13: EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON FOCO NEUROLÓGICO. HTA SEVERA (EMERGENCIAS Y URGENCIAS HIPERTENSIVAS)

Autores: María Eugenia Ferri (Neurología-UDA Centenario) - Lorena Jure (Neurología-UDA Centenario)

OBJETIVOS:

- Identificar la presencia de un síntoma focal a nivel del sistema nervioso (desde el interrogatorio al examen físico)
- Realizar un topo diagnóstico a partir de la instalación de dicho síntoma.
- Plantear los diagnósticos diferenciales de un foco neurológico.
- Comprender la utilidad y el rédito de los métodos complementarios disponibles para estudiar un síndrome focal.
- Identificar los casos en los cuales existe una emergencia médica ligada a la instalación de un déficit focal neurológico.
- Conocer las opciones terapéuticas disponibles, en relación a la patología vascular cerebral.
- Funcionamiento de "Unidad de Stroke".
- Indicaciones al alta (cuidados de transición).
- HTA severa, urgencias y emergencias hipertensivas. Clasificación, evaluación y tratamiento.

CASO CLÍNICO: Mario de 65 años de edad, consulta a la guardia, por un cuadro de una hora de evolución, caracterizado por debilidad súbita del hemicuerpo derecho, lo cual le genera caída de su propia altura, sin pérdida de conocimiento. Del mismo tiempo de evolución, su esposa Susana, refiere evidenciar un trastorno del lenguaje, ya que el paciente, aunque se encontraba vigil, no respondía a sus preguntas y no se expresaba verbalmente. Ante el cuadro descrito, se activa al sistema de emergencias domiciliaria, que lo ingresa por Guardia de Emergencias a un hospital de tercer nivel de complejidad.

Antecedentes personales: HTA diagnosticada hace 10 años. Dislipemias y síndrome metabólico diagnosticada hace 10 años, con indicación de estatinas, pero que el paciente al poco tiempo de iniciada su administración, abandona por mialgias generalizadas. Internación hace 2 años, según

epicrisis por exacerbación de EPOC e insuficiencia cardíaca, medicación crónica indicada por su médica de cabecera en centro de salud: aerosol de salbutamol de rescate en caso de broncoespasmos, furosemida 40 mg VO por día, valsartan 80 mg VO cada 24 hs, carvedilol 3,125 mg VO cada 12 hs y espironolactona 25 mg VO cada 24 hs. Refiere cumplimiento irregular de la medicación, por olvidos, falta de disponibilidad y accesibilidad para mantenerlo en forma permanente.

Hábitos: tabaquista 20 cigarrillos por día, desde los 15 años de edad. Niega consumo de alcohol. Sedentario.

Examen físico: Signos vitales: PA 230/120 mmHg / FC 106 lpm / FR 14 cpm / T 36,9°C /Sat O₂ 97%

Vigil. Cuello: ingurgitación yugular 3/6 con colapso inspiratorio parcial. CV: ruidos hipofonéticos, latido apexiano desplazado a la izquierda, sin R3, ritmo regular. Respiratorio: murmullo vesicular disminuido en forma difusa bilateral, aislados roncus y sibilancias, espiración prolongada, mínimos rales crepitantes bibasales. Abdomen: indoloro, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, se palpa borde inferior de hígado a 3 cm por debajo del reborde costal. Edemas periféricos bimaolares, simétricos, fríos, Godet ++.

Examen neurológico: No puede evaluarse orientación témporo-espacial. Pupilas isocóricas y reactivas. Los movimientos oculares extrínsecos impresionan conservados por la observación, pero no pueden evaluarse por falta de colaboración del paciente. Los campos visuales, evaluados por acecho impresionan la presencia de una hemianopsia homónima derecha. Lenguaje: comprende un comando simple. No repite, no nomina, lenguaje no fluente. Pares craneales: Paresia facial central derecha. Evaluación de la fuerza: paresia braquial derecha 2/5 crural derecha 1/5. Conservada en hemicuerpo izquierdo. Sensibilidad: solo pudo evaluarse la modalidad algésica e impresiona disminuida en hemicuerpo derecho. Coordinación: conservada del hemicuerpo izquierdo, no evaluable del hemicuerpo derecho. Reflejos osteotendinosos: ++ del hemicuerpo izquierdo, +++ del hemicuerpo derecho. Signo de Babinski derecho.

Escala NIHSS: 16 puntos

Laboratorio:

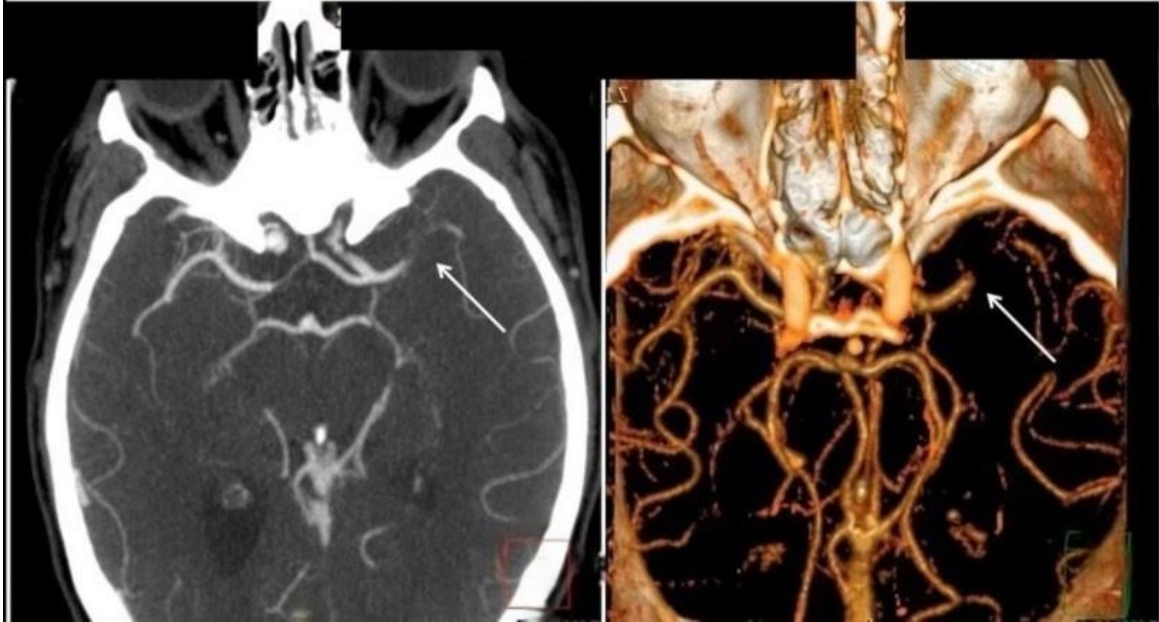
Hemoglobina: 12.6 g/dl	Hamatocrito: 38 %	Leucitos: 10220 /mm ³	Plaquetas: 144000 /mm ³	Glicemia: 138 mg/dl
Uremia: 42 mg/dl	Creatinina: 0.97mg/dl	Na: 141 meq/l	K: 4.51meq/l	Cl: 104 meq/l
Calcemia: 9.1 mg/dl	Fósforo: 2.4 mg/dl	Magnesio: 2 mg/dl	VES: 2 /mm 1h	PCR: 1 mg/l
TP (tiempo protrombina): 11.6 segundos	KPTT (tiempo parcial de tromboplastina activada): 22 segundos	RIN (rango internacional normalizado): 1.17		

Tac de cráneo (al ingreso): no evidencia alteraciones densitométricas a nivel del parénquima cerebral. Hay buena diferenciación sustancia gris-sustancia blanca. Sistema ventrículo cisternal sin alteraciones. Línea media centrada.

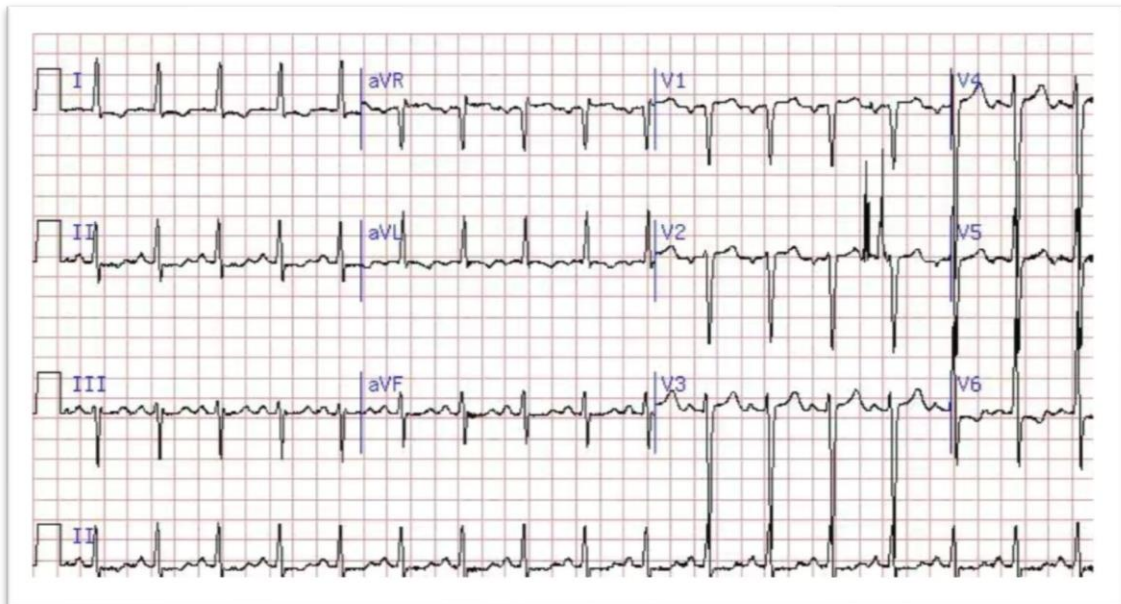


Escala de Aspect: 10 puntos

Angio Tac de cráneo (3 día de ingreso): Se visualiza stop a nivel del segmento M2 de la arteria cerebral media izquierda.



Electrocardiograma: Ritmo sinusal, FC 118 lpm, PR 0.16", AQRS - 15°, QTc 0.41" - Ondas R altas en V5-V6 y ondas S profundas en V1 y V2. Alteraciones inespecíficas del ST en cara lateral. Alteraciones en la repolarización ventricular (ondas T negativas en las derivaciones laterales).



Ecodoppler de vasos de cuello: aumento de espesor miointimal de ambas carótidas, placas fibrolipídicas en bifurcación carótida derecha que ocupa el 30% de la luz, placas fibrocálcicas en bifurcación carótida izquierda menor del 50%, placa fibrolipídica leve menos del 10% en carótida común izquierda, flujos conservados.

PREGUNTAS GUIA

- ¿Cómo definiríamos semiológicamente a cada uno de los síntomas y signos que presentó Mario?
- ¿Estos signos y síntomas pueden interpretarse como signos focales? ¿Por qué? ¿Cuáles son las enfermedades que pueden presentarse con foco neurológico?
- ¿Si la caída de Mario de propia altura hubiese sido una pérdida de conocimiento: ¿Cómo podría interpretarse el episodio?
- ¿Con la información recabada, que planteos diagnósticos se pueden realizar?
- ¿Podría una alteración circulatoria ser responsable de estos síntomas y signos? ¿Al déficit circulatorio de qué arteria podríamos atribuirlo?
- ¿Los antecedentes personales y hábitos de Mario podrían orientarnos en los planteos diagnósticos?
- Si Mario tuviere 30 años en vez de 53 años y no presentase antecedentes, ¿cambiarían los planteos diagnósticos? ¿Por qué? ¿En qué otras etiologías pensarían?
- ¿Es importante el tiempo de evolución con el cual el paciente consulta? ¿Por qué?
- ¿Cómo considera que se encontraba el valor de presión arterial de Mario en el momento de la evaluación? ¿Cómo explicaría dicho hallazgo? ¿Considera importante actuar rápidamente sobre ese valor de presión arterial?
- ¿Cómo clasifica la HTA severa en el contexto de un foco neurológico? ¿Qué pautas de manejo de la PA indicaría? ¿Qué fármacos antihipertensivos podría utilizar en esta circunstancia?
- ¿Cuál es la utilidad de la escala NIHSS en la evaluación al ingreso de un paciente con foco neurológico con sospecha de un accidente cerebrovascular? ¿Qué valora? ¿Qué implicancias terapéuticas y pronósticas puede tener?
- Al ingreso a guardia se realizó un laboratorio. ¿Contiene dicho pedido todas las determinaciones que necesitamos en la urgencia? ¿Agregaría algún pedido más?
- Pensando en los planteos diagnósticos que realizamos: ¿considera que la tomografía de cráneo con angiotomografía es el método de elección en la urgencia? ¿Cuál es su mayor utilidad en ese momento crítico?
- ¿Qué evalúa la escala de ASPECT? ¿Tiene la misma utilidad para todos los territorios vasculares cerebrales estudiados?
- ¿Utilizaría una angioresonancia de cerebro? ¿En qué casos? ¿Algún otro método complementario sería de utilidad?
- ¿Que tratamientos se encuentran disponibles para ofrecer a los pacientes que sospechamos están cursando un accidente cerebrovascular isquémico? ¿Por cuanto tiempo es seguro realizarlos? ¿Por qué?
- ¿Que otros estudios indicaría pasada la etapa aguda de un accidente cerebrovascular?
- ¿Que otras medidas terapéuticas es importante tomar ya ocurrido el evento vascular cerebral, al externarse el paciente y continuar con los controles ambulatorios?

- Si el electrocardiograma en lugar de ritmo sinusal, hubiese mostrado un ritmo irregular, con tremulación de línea de base, sin onda P, y complejos QRS angostos, con FC 120x', ¿Cuál sería su conducta?
- ¿Le parece apropiado realizar un ecodoppler de vasos de cuello? ¿Qué información del estudio estima significativa? ¿De haberse encontrado una obstrucción completa o crítica de la arteria, qué conducta podría plantearse?