



PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO

Angela María Arévalo Pardal


C.S. Parquesol

Área Valladolid Oeste

CASO CLÍNICO

- Varón, 74 años
- NAMC
- HTA, Dislipemia
- Diabetes Mellitus tipo II con micro/macroangiopatía:
 - (IR G3a)
 - ACVA isquémico hace 5 años
 - CI: Enf coronaria 2 vasos revascularizada Stent. FEVI 39%--- FA permanente
 - Arteriopatía periférica G IIb-III
- HBP



- 
- Agricultor jubilado
 - Recientemente trasladado a ciudad
 - Tabaquismo activo 5 cig /día (previo 50 paq/año)
 - Consumo diario alcohol 1-2 cervezas/día
 - Camina con ayuda de un bastón



- Tratamiento:
 - Metformina 850 (1/2-0-1/2)
 - Atorvastatina 40 (0-0-1)
 - Bisoprolol 5mg (1-0-0)
 - AAS 300mg (0-1-0)
 - Cilostazol (0-1-0)
 - Furosemida 40 (1-0-0)
 - Enalapril 10mg (1-0-0)
 - Dutasterida/tamsulosina (0-1- 0)
 - Sintrom

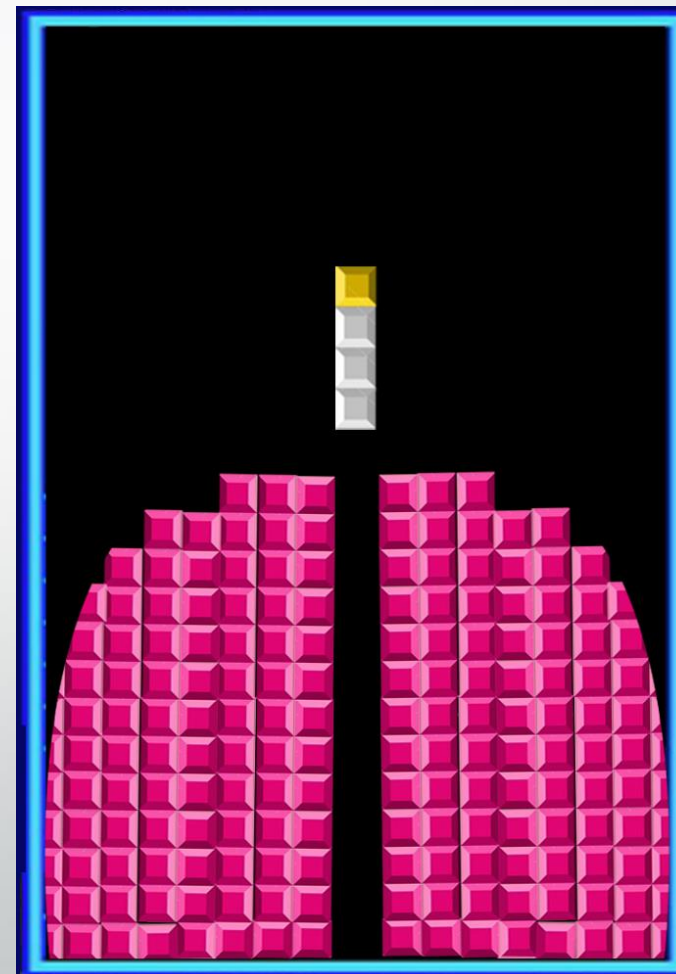
- Poco frecuentador (mujer → recetas). Automedicación (corticoides)
- Última analítica hace 4 meses (ingreso)
- 2 ingresos en NML : insuficiencia respiratoria (EPOC)
- Terapia inhaladora: LABA (caducado en receta)
- Espirometría: FEV₁ 50%, FVC 98%, FEV₁/FVC 0,56 PBD

- Motivo de Consulta: Clínica + exploración física
 - CAT 25
 - mMRC 2
- IMC 31
- TA 164/97 FC 87lpm. Glucemia 287 mg/dl. SO₂ 94%

EXACERBACIÓN

LISTADO DE PROBLEMAS

- HTA mal controlado
- DM II mal control
- Obesidad /Sedentarismo
- Tabaquismo/enolismo activo
- Automedicación
- EPOC moderado exacerbador (D)



¿QUÉ PODEMOS HACER?

- Analítica completa con Hb1AC--- 10.2% →Reajuste tto antidiabético
 - Eosinófilos < 100
- Rx tórax: no condensación ni derrame pleural.
- Cese consumo alcohol / Dieta equilibrada
- Estrategias no farmacológicas:
- Abandono hábito tabáquico ---- tto farmacológico si necesario
- Evitar ambientes nocivos/contaminados
- Vacunación

Rehabilitación pulmonar /actividad física

- Arteriópata
- FEVI



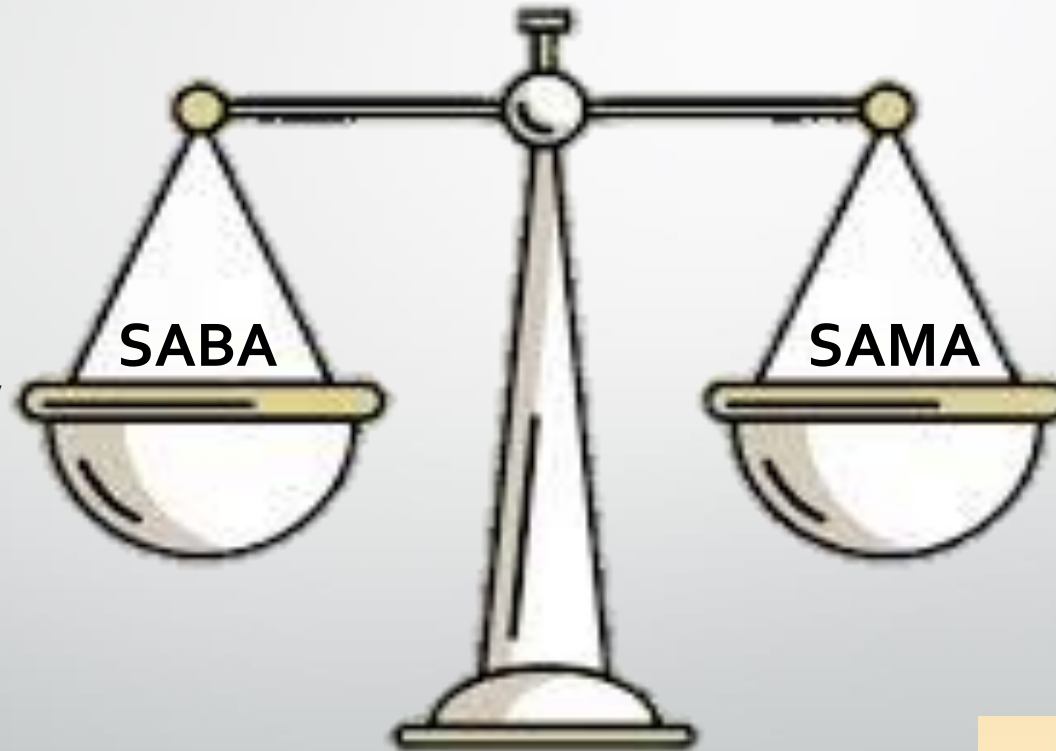
- Adaptada al paciente
- Respiraciones, ejercicios estáticos
- Pedalier
- Paseos de duración adaptados

Fibrilación auricular y betabloqueantes

- Bisoprolol Cardioselectivo
- Flecainida: no en FEVI disminuida o antec CI
- Digoxina: Insuficiencia cardiaca. Mayor mortalidad si monoterapia
- Antiarrítmicos IA /IC: CI
- Amiodarona: toxicidad pulmonar
- Calcio antagonistas
- Betabloqueantes cardioselectivos: broncoconstricción

Tratamiento exacerbaciones

- De rescate: ¿SABA o SAMA?



Cronotrópicos positivos
Potencian conducción AV
Disminuyen periodo
refractario AV, nodal y
atrial

ARRITMOGÉNICOS

TERBUTALINA

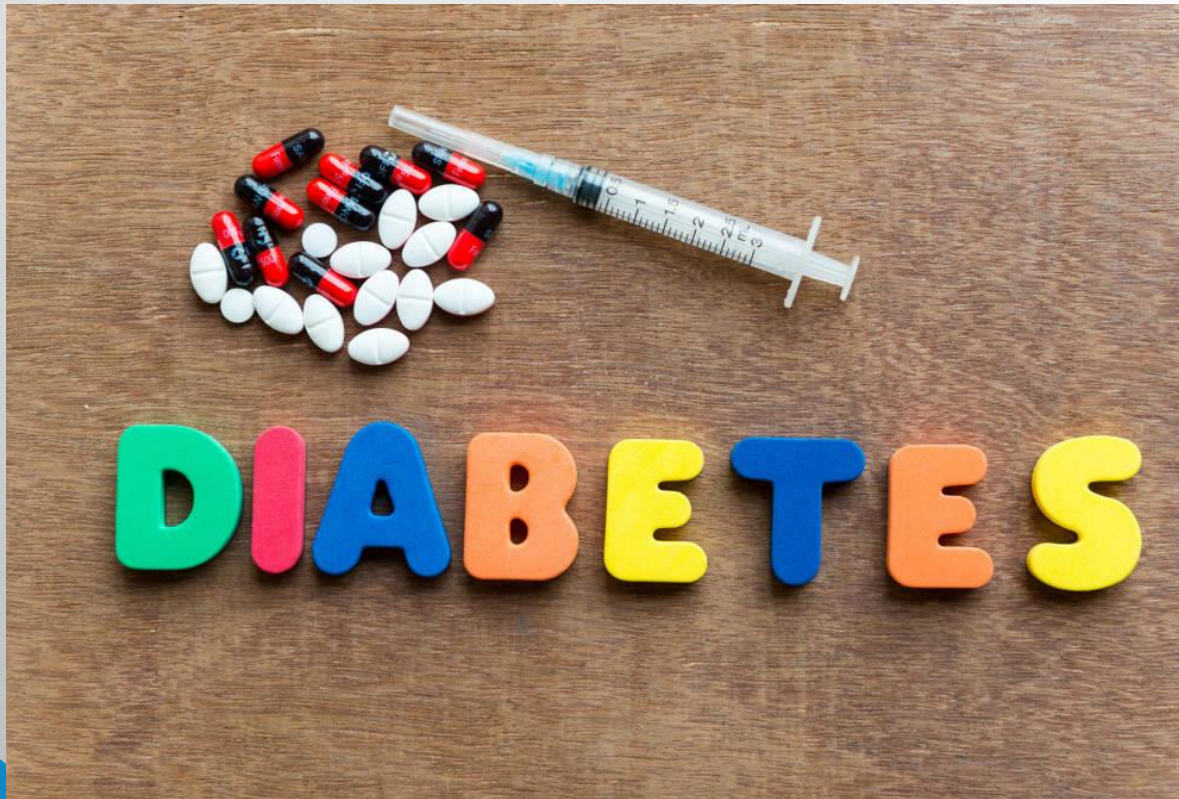
Retención aguda de orina
en pacientes con HBP

No con LAMA

Tratamiento exacerbaciones

- Valorar necesidad antibioterapia:
 - Criterios Anthonisen
 - Gravedad exacerbación
 - Comorbilidades

Tratamiento exacerbaciones



- Controles glucémicos
- Intensificación terapia insulínica
- Tratamiento insulínico temporal

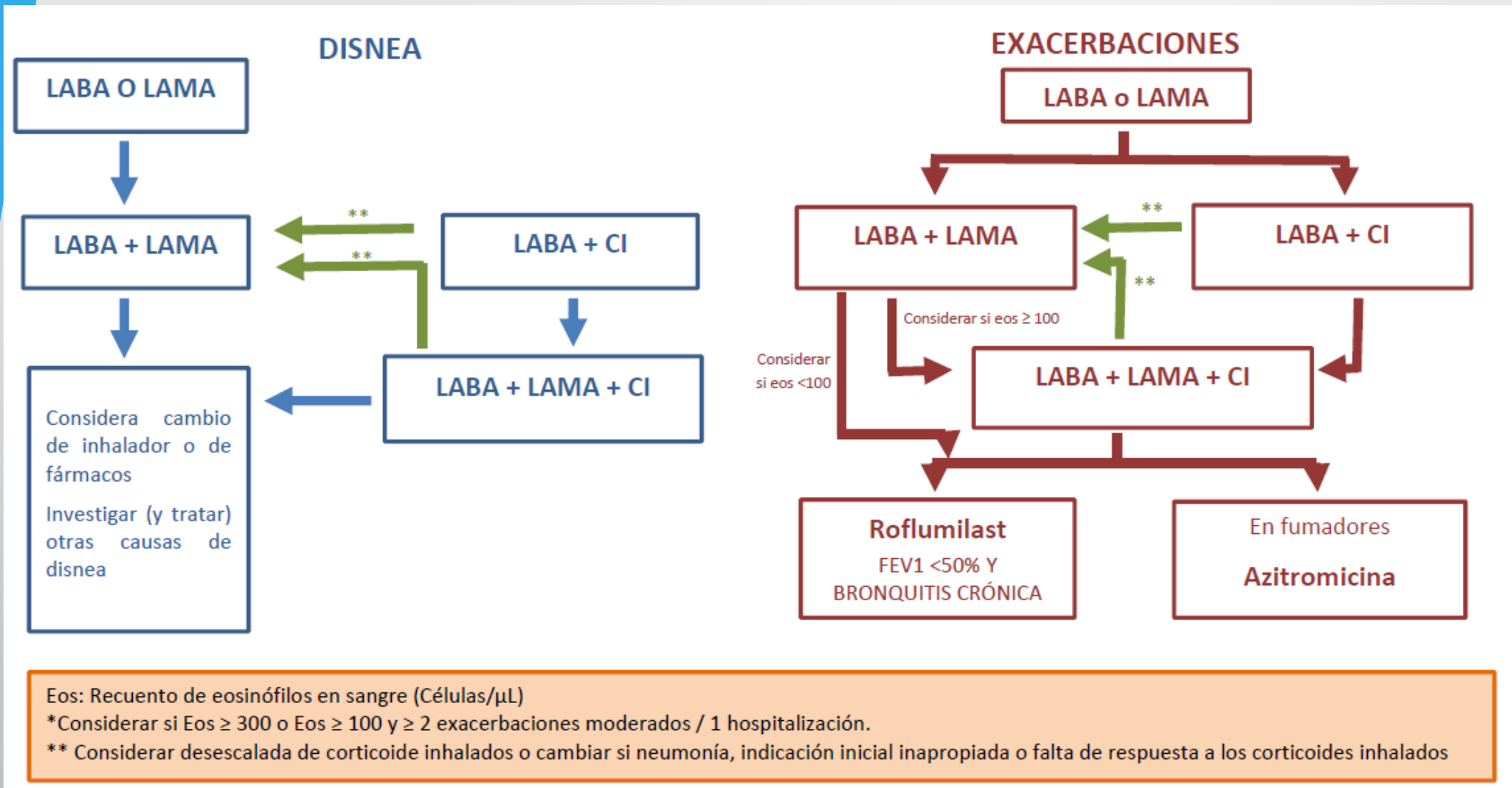
Tratamiento en fase estable

- EPOC D : mMRC 2 / CAT 25 / Eosinofilos < 100/ 2 ingresos el último año

- LAMA / LAMA + LABA / LABA o Corticoide inhalado

CAT > 20

Eosinofilos > 300



- ¡¡¡Inhalador y técnica inhalatoria!!!




GRACIAS
