

LA CONSULTA AMBULATORIA EN CARDIOLOGIA

Durante la rotación por cardiología ambulatoria se revisará el manejo de las situaciones más frecuentes de consulta cardiológica y se pondrá énfasis en aquellos aspectos propios de la atención ambulatoria.

GENERALIDADES.

La consulta ambulatoria se caracteriza porque en un plazo acotado y con elementos clínicos simples, debemos responder a las habituales inquietudes del paciente o sus familiares sobre:

- el origen de las molestias
- su gravedad actual
- los procedimientos diagnósticos requeridos
- las medidas terapéuticas iniciales
- las medidas preventivas y
- el pronóstico de corto y mediano plazo

En resumen nos enfrentamos, la mayor parte de las veces sin más herramientas que la anamnesis y el examen físico, a dar una respuesta a las numerosas preguntas del paciente.

Claramente no podremos responderlas todas en el corto tiempo de que dispondremos, de ahí la necesidad de tener claro las prioridades de este tipo de atención:

1. **Conocer las preocupaciones** del paciente y sus familiares
2. **Establecer la gravedad o riesgo inmediato** del paciente
3. **Informar**, fundamentar y educar al paciente respecto de nuestro diagnóstico inicial, de la gravedad relativa y del plan de manejo

1.- **Conocer las preocupaciones** del paciente o sus familiares.

La gran mayoría de los pacientes tiene una preocupación que motiva la consulta. Sin embargo esto no es igual a lo que llamamos “motivo de consulta”. Por ejemplo, en muchos casos un paciente sin antecedentes mórbidos consulta por la percepción de “palpitaciones”, que no se acompañan de ningún otro síntoma ni signo que indique cardiopatía orgánica ni compromiso de la función cardiovascular. Sin embargo es percibido como un síntoma de enfermedad cardíaca. Es decir, la preocupación del paciente es “estar enfermo del corazón”.

Otras veces, el paciente es “llevado a consultar” por un familiar, sea por síntomas objetivos (“se cansa mucho”, “de repente se le pone roja la cara”) que es interpretado como de origen cardiovascular o por antecedentes o “hallazgos” que pudieran constituir factores de riesgo (“su papá se murió joven del corazón”, “le encontraron la presión alta”) En estos casos, donde el paciente no se siente enfermo, el

rol del médico es más complejo, porque junto con aclarar las dudas – muchas veces justificadas – debe establecer un vínculo con el paciente, que le permita continuar con un plan de manejo consensuado.

2.- Establecer la gravedad o riesgo del paciente.

Una “buena” anamnesis y un “buen” examen físico son la clave de la medicina ambulatoria. Sin embargo parece haber una contradicción entre el escaso tiempo disponible para la atención del paciente y lo que consideramos una buena anamnesis y examen físico, que con frecuencia es larga y demorosa en el paciente hospitalizado.

De ahí que tenemos que tener claro los objetivos más importantes:

- a. Conocer quién es el paciente: ocupación, nivel cultural y entorno familiar, antecedentes médicos personales y familiares, medicamentos que usa, etc.
- b. Curso temporal de los síntomas y grado de limitación que producen;
- c. Síntomas o signos de falla grave de alguno de los sistemas vitales (Trastorno de conciencia o neurológico, insuficiencia respiratoria, fiebre alta, deshidratación, cianosis, hipotensión o falla circulatoria)
- d. Síntomas o signos de patología potencialmente grave: dolor torácico intenso o prolongado, mala perfusión periférica, congestión pulmonar o visceral, signología obstructiva respiratoria, anemia grave, cianosis, hallazgos de compromiso peritoneal, etc.
- e. Síntomas o signos que permitan interpretar los síntomas principales del paciente, tanto en el sentido de hallazgos que indiquen enfermedad potencial, como de signos que nos indique ausencia de enfermedad significativa. Por ejemplo, el paciente relata cansancio (¿“disnea”?) pero no hay fiebre ni taquicardia, la PA es normal, la perfusión periférica es normal, no hay anemia, no hay signología pulmonar obstructiva, ni congestión pulmonar ni sistémica, ni cardiomegalia ni soplos ni galope: claramente, el paciente “puede” tener alguna patología que explique la disnea, pero en este momento no hay indicios de gravedad.

3.- Informar y educar al paciente.

Una vez descartadas las condiciones de mayor gravedad inmediata, debemos establecer un diagnóstico presuntivo y proponer “un plan de manejo” que debe incluir las medidas terapéuticas y preventivas básicas y solicitar los exámenes para completar el diagnóstico. Sin embargo, debemos recordar que una atención médica es incompleta si no se acompaña de una adecuada información y educación del paciente, de manera que en el futuro pueda asumir un rol en su propio cuidado.

La información debe entregarse en un lenguaje accesible al paciente, dejando en claro lo que son “sospechas” diagnósticas y lo que parece confirmado por los elementos clínicos disponibles. Nunca debemos adelantarnos a dar pronósticos que no estén avalados por los exámenes o la evolución clínica.

- a. Diagnóstico presuntivo: Basados en la anamnesis, factores de riesgo y hallazgos del examen físico, debemos plantear al paciente cual parece ser la explicación fisiopatológica más probable que motiva su consulta y el nivel de gravedad que implica este diagnóstico. De acuerdo a este planteamiento le deberemos proponer los exámenes diagnósticos y las medidas terapéuticas iniciales.
- b. Al solicitar exámenes de laboratorio debemos definir exactamente lo que estamos buscando o qué queremos descartar. Debemos evitar el uso de exámenes que no tengan una indicación diagnóstica o terapéutica precisa. Debemos explicar al paciente los objetivos de cada examen y si más adelante será necesario exámenes adicionales. Es necesario considerar los costos involucrados y preferir aquellos con la mejor relación de costo/beneficio.
- c. Medidas terapéuticas: En un primer momento debe indicarse las medidas generales que parezcan prioritarias (v.gr. restricción de la actividad física, necesidad de licencia médica, restricción de la sal). Las indicaciones medicamentosas deben ser sencillas y prudentes, informando al paciente y familiares el fundamento y los objetivos de las indicaciones, así como de los potenciales riesgo o efectos secundarios de la terapia, explicando las medidas a tomar en caso de presentarse. Para la evaluación del efecto terapéutico, es conveniente citar el paciente en plazos proporcionales a su gravedad.
- d. En los controles sucesivos, deberemos ir ajustando las medidas, de acuerdo a la evolución clínica y resultado de los exámenes de Laboratorio.
- e. Las medidas terapéuticas o preventivas que supongan cambios de hábitos de vida, deben entregarse durante el proceso educativo. Deben incluir los factores de riesgo y la manera de tratarlos. También debe indicarse lo que debe hacerse en caso de agravamiento o de enfermedades intercurrentes y actividades que deben evitarse.

MANEJO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

En general podemos decir que las enfermedades se pueden dividir en 2 grandes grupos:

- a. Enfermedades con resolución completa, después de la cual el paciente queda sin secuela o limitación ninguna (“enfermedades agudas”)
- b. Enfermedades que son expresión de patologías crónicas o que dejan secuelas permanentes. (“enfermedades crónicas”)

En las primeras el rol médico está acotado al eficiente tratamiento del episodio.

En las segundas el médico tratante acompañará al paciente durante el resto de su vida.

La mayoría de los pacientes con patología cardiovascular deben considerarse “pacientes crónicos”, lo que refuerza la necesidad de establecer fuertes vínculos médico-paciente, que hagan posible un manejo eficiente de sus problemas médicos en el largo plazo. Incluso, cuando hay buena relación

médico-paciente, el médico tratante ejercerá el rol de consejero médico en condiciones ajenas a la patología que motivó los primeros controles.

En el manejo del paciente crónico debe ponerse especial énfasis en la educación y los aspectos preventivos, de manera que el paciente conozca el curso de la enfermedad y entienda el porqué de las limitaciones o cambios de estilo de vida requeridos por la enfermedad y se adhiera al tratamiento y controles médicos periódicos. En este sentido es fundamental que el médico llegue a compenetrarse progresivamente de las características psicológicas, culturales, sociales, familiares y económicas del paciente y su entorno.