

Evaluación prejornada

Paciente de 55 años sexo masculino diabético tipo 2 e hipertenso, ingresa por dolor retroesternal de una hora de evolución, sudoración y ansiedad. Al examen se comprueba polipnea de 28 pm, estertores crepitantes en ambas bases. CV: taquicardia de 120 pm con R3. PA de 110/90. No IY ni RHY.

ECG: confirma Injuria subepicárdica en región anteroseptal. Extrasístoles ventriculares frecuentes, monomorfas.

- 1)
 - a) Se trata de un IAM KK I.
 - b) El tratamiento con lidocaína está indicado para el control de su arritmia.
 - c) La decapitación de la PA sistólica en este paciente hipertenso habitual permite clasificarlo como KK IV.
 - d) La extrasistolía ventricular monomórfica no requiere tratamiento antiarrítmico específico.

- 2) **El uso de Fármacos:**
 - a) El uso de nitroglicerina i/v está formalmente indicada.
 - b) Se debe administrar atropina i/v.
 - c) Debe realizarse infusión de dopamina por cursar con insuficiencia cardíaca y repercusión hemodinámica.
 - d) La utilización de morfina i/v no está indicada por el riesgo de hipotensión.

- 3) **Con respecto a la asistencia del paciente en el escenario prehospitalario.**
 - a) Se deben tomar 30 – 40 minutos para estabilizar al paciente para luego coordinar el traslado del mismo.
 - b) Se debe administrar AAS 250 mg/día v/o.
 - c) No utilizaría opiáceos por el riesgo de depresión respiratoria en un paciente con insuficiencia cardíaca.
 - d) Los betabloqueantes por vía i/v estarían indicados por tratarse de un paciente hipertenso, taquicárdico con una extrasistolía ventricular frecuente.

4) La estrategia de prevención secundaria luego del alta:

- a) Las estatinas se mantienen hasta lograr LDL < de 100, para luego suspenderlo.
- b) La asociación de estatinas, IECA, AAS y betabloqueantes debe mantenerse por un período no mayor a 2 años.
- c) La asociación de estatinas, IECA, AAS y betabloqueantes se suspenden al lograr los objetivos terapéuticos deseados.
- d) La asociación de estatinas, IECA, AAS y betabloqueantes debe mantenerse indefinidamente.

5) En el IAM con supradesnivel del ST, las terapias de reperfusión :

- a) En pacientes con shock cardiogénico los fibrinolíticos son el tratamiento de elección.
- b) Existen evidencias de su utilidad más allá de las 72 horas de iniciado el dolor.
- c) En pacientes que se presentan con menos de 3 horas del inicio de los síntomas la APTC primaria es superior a la terapia trombolítica.
- d) La APTC facilitada con inhibidores de la glicoproteína IIIb Ila ha demostrado ser beneficiosa.

6) El tratamiento con trombolíticos del IAM con elevación del segmento ST:

- a) La renivelación del segmento ST > 50% de 45 a 90 minutos es un criterio confiable de reperfusión exitosa.
- b) No es posible repetir la dosis de fibrinolíticos en el curso de un IAM.
- c) La desaparición del dolor es un indicador fidedigno de reperfusión exitosa.
- d) En un IAM de cara inferior KK I sin complicaciones, frente a una reperfusión negativa, el traslado a un centro terciario para realizar APTC es mandatorio.

7) La asistencia circulatoria con balón de contrapulsación aórtica en el IAM con supradesnivel del ST:

- a) Ha demostrado su utilidad aún en el IAM KK I-II.
- b) Una de sus indicaciones principales es en los pacientes con taquicardia ventricular polimórfica.
- c) Es razonable utilizarlo en todo IAM con edema agudo de pulmón.
- d) Es recomendable su uso en pacientes con IAM y bajo gasto.