

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

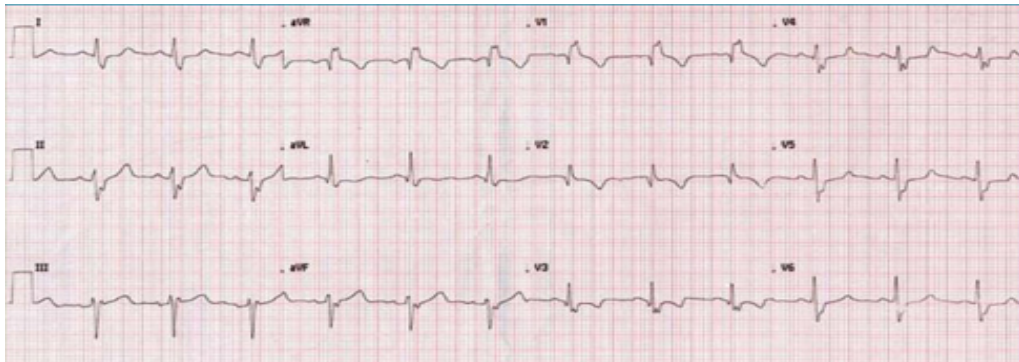
Sexo femenino. 63 años. Obesa. HTA irregularmente controlada. Dislipemia.

Historia de 6 meses de evolución, caracterizada por dolor precordial tipo puntada, que aparece al apurar la marcha, sobre todo en pendientes; en circunstancias le obliga a aminorar o detener la marcha, y calma con el reposo. Dicho dolor no se reproduce durante sus clases de natación. Hace 1 año se realizó una ergometría que fue normal.

Examen físico: IMC 31. Lúcida. Eupneica. Bien coloreada. SNC normal.

CV: RR 84. Ruidos cardíacos normales. Soplo protosistólico en TSVI, que no afecta el A2. PA: 146/94. Pulsos simétricos. No IY. PP: Ventilan ambos campos pulmonares. MMII: Várices. Sin edemas.

ECG:

**Pregunta 1:**

Su primer planteo diagnóstico es:

- Osteocondritis.
- Angor típico estable.
- Angor atípico.
- Angor inestable.

Pregunta 2:

¿Cuál(es) de las siguientes afirmaciones es/son correcta(s)?

- Las alteraciones de la repolarización en v1-v3 son sugestivas de isquemia en cara anterior.
- Es un trazado típico de bloqueo de rama derecha.
- Este trazado define la internación de la paciente.
- El trastorno de la conducción impide detectar isquemia si ella existiera.

Pregunta 3:

Señale la/s opciones correcta/s:

- El antecedente de una PEG normal descarta que los síntomas actuales sean consecuencia de una coronariopatía.
- Tiene indicación de internación.
- Resulta costo-efectiva la aplicación del protocolo de Unidad de Dolor Torácico.
- Solicita prueba funcional de detección de isquemia en forma ambulatoria.

La paciente realizó PEG suficiente y negativa alcanzando 90% de la FMT, con una erogación metabólica equivalente a 5 METS, CF II. La respuesta presora fue normal.

Pregunta 4:

Usted concluye que:

- a. El dolor es de etiología no isquémica e investiga otros aparatos o sistemas.
- b. Debe tranquilizar a la paciente, su cuadro clínico no reviste riesgo vital inmediato.
- c. Le gustaría investigar más, solicita una prueba funcional por imágenes.
- d. Le gustaría investigar más, solicita CACG.

CASO 2

Sexo masculino. 47 años. HTA mal controlada. Fumador.

Consulta en Depto. de Emergencia por dolor interescapular intenso, sin irradiaciones, que no se modifica con los movimientos respiratorios. Sin SNV.

Examen físico: Lúcido. Eupneico. Bien coloreado. SN normal. Cuello normal. CV: RR 92. R2 acentuado en foco aórtico. Soplo protodiastólico paraesternal derecho no significativo. PA 200/110. Pulsos presentes en los 4 MM, simétricos.

ECG: RS 90. SAI. PR normal. Eje desviado a izquierda. HVI con sobrecarga sistólica.

Rx Tx (en cama): Cardiomegalia. Mediastino normal. Campos pulmonares normales.

Pregunta 5:

Que estudio solicita en primer lugar para definir diagnóstico:

- a. TAC de tórax.
- b. Troponinas.
- c. Centellograma de perfusión miocárdica en reposo.
- d. Ecocardiograma doppler.

Pregunta 6:

Cual serían las primeras medidas terapéuticas:

- a. Nitritos por vía sublingual.
- b. Betabloqueantes.
- c. HBPM.
- d. Analgesia.

CASO 3

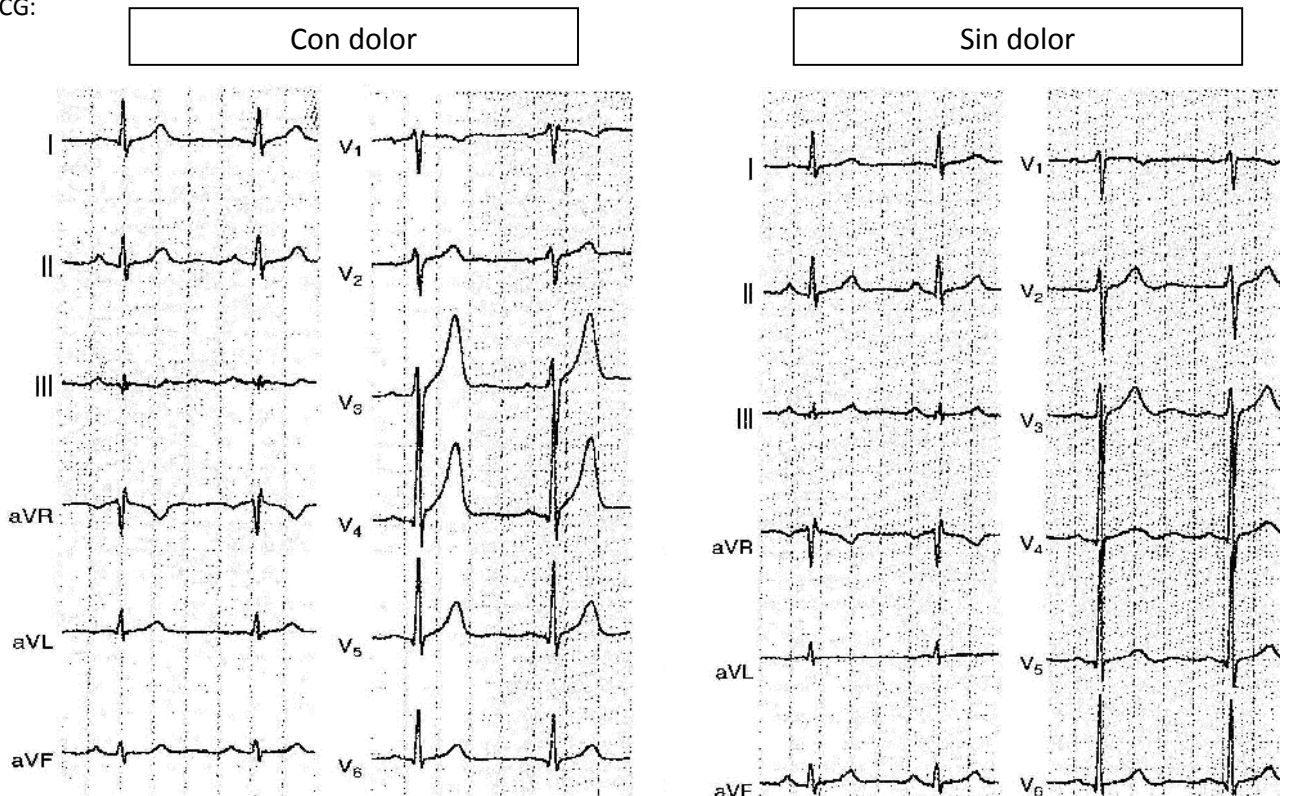
Sexo masculino. 52 años. Fumador. Dislipemia no tratada. AF de cardiopatía isquémica.

Sin historia de cardiopatía isquémica.

Consulta por dolor retroesternal desencadenado por esfuerzo físico de leve intensidad, que calma espontáneamente en 15 minutos de reposo. Transcurridas 2 horas, reitera dolor de similares características, esta vez en reposo. Consulta UEM, quienes realizan ECG y administran nitritos s/l. El dolor calma a los 30 min de iniciado.

Examen físico: Lúcido. Eupneico. Tolera el decúbito. Bien coloreado. CV: RR 88. Ruidos cardíacos normales. PA: 140/80. Pulsos simétricos. Buena perfusión periférica. PP: ventilan ambos campos pulmonares sin estertores. Resto del examen normal.

ECG:

**Pregunta 7:**

Señale la/s opción/es correctas con respecto al diagnóstico inicial:

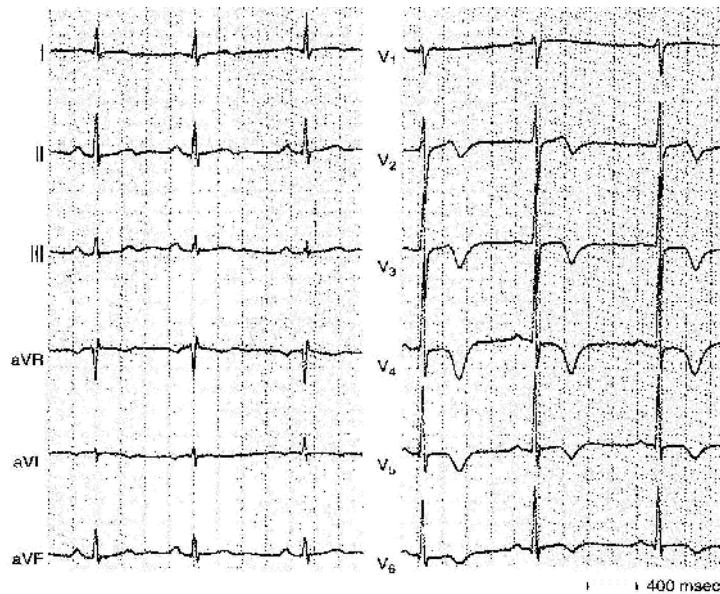
- La probabilidad de presentar una coronariopatía aterosclerótica obstructiva es baja.
- Presenta un dolor torácico atípico.
- Se trata de un dolor torácico no anginoso.
- El primer diagnóstico clínico que debe plantearse es Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación de ST.

Pregunta 8:

Con respecto a la evaluación de riesgo:

- La ausencia de alteraciones electrocardiográficas determina bajo riesgo.
- Dado que el dolor calma con nitritos s/l, puede manejarse en forma ambulatoria.
- Debe ingresarse para control evolutivo y completar evaluación de riesgo.
- Puede derivarse a un programa de internación domiciliaria.

Transcurridas 12 hs se mantiene asintomático. Los valores de troponinas fueron normales. Se realiza el siguiente ECG de control.



Pregunta 9:

Señale la/s opciónes correcta/s:

- La evolución electrocardiográfica se correlaciona con la existencia de una lesión severa proximal de la arteria descendente anterior.
- Tiene indicación de CACG.
- Con 12 hs sin dolor y troponinas negativas, debe realizarse una PEG para definir alta.
- Es imprescindible conocer la FEVI para definir la conducta terapéutica.

CASO 4

Sexo femenino. 48 años. Fumadora. Estresada. Recientemente falleció su madre, de 80 años, a causa de un IAM. Refiere dolor precordial tipo puntada, permanente, de 48 hs de evolución. No se modifica con esfuerzos físicos habituales. Examen físico: Buen estado general. Lúcida. Eupneica. Bien coloreada. SN normal. CV: RR de 88 cpm. Ruidos cardíacos normales. PA: 110/60. Pulsos normales. PP: Ventilación de ambos campos pulmonares. Dolor a la palpación de cartílagos costales.

Pregunta 10:

Señale la(s) respuesta(s) correcta(s):

- a. Se trata de un dolor torácico parietal.
- b. Debe realizarse un ECG.
- c. Debe realizarse test de troponinas.
- d. Es recomendable iniciar tratamiento con AINE.

CASO 5

Sexo masculino. 46 años. AF de cardiopatía isquémica. Dislipémico. Mientras practicaba deportes, instala dolor retroesternal opresivo de moderada intensidad, que le obliga a suspender el ejercicio y consultar a UEM. El examen clínico es normal. Un primer ECG realizado durante el dolor es normal. Se le medica con AAS y nitrito s/l. Durante el traslado al Depto. de Emergencia, el dolor cede, ingresando asintomático (duración del dolor: 30 minutos).

Pregunta 11:

Señale la(s) respuesta(s) correcta(s):

- a. Debe iniciarse nitroglicerina endovenosa.
- b. Debe realizarse test de troponinas inmediatamente.
- c. Es recomendable iniciar anticoagulación con HBPM.
- d. Debe realizarse ECG de control.

Luego de 12 hs permanece sin dolor, con test de troponinas normal y ECG seriados normales.

Pregunta 12:

Señale la(s) respuesta(s) correcta(s):

- a. Puede otorgarse alta a domicilio, con control en policlínica.
- b. Resulta muy útil la realización de una PEG para definir conducta.
- c. Debe iniciarse tratamiento con betabloqueantes.
- d. Es recomendable iniciar tratamiento con estatinas y AAS.