

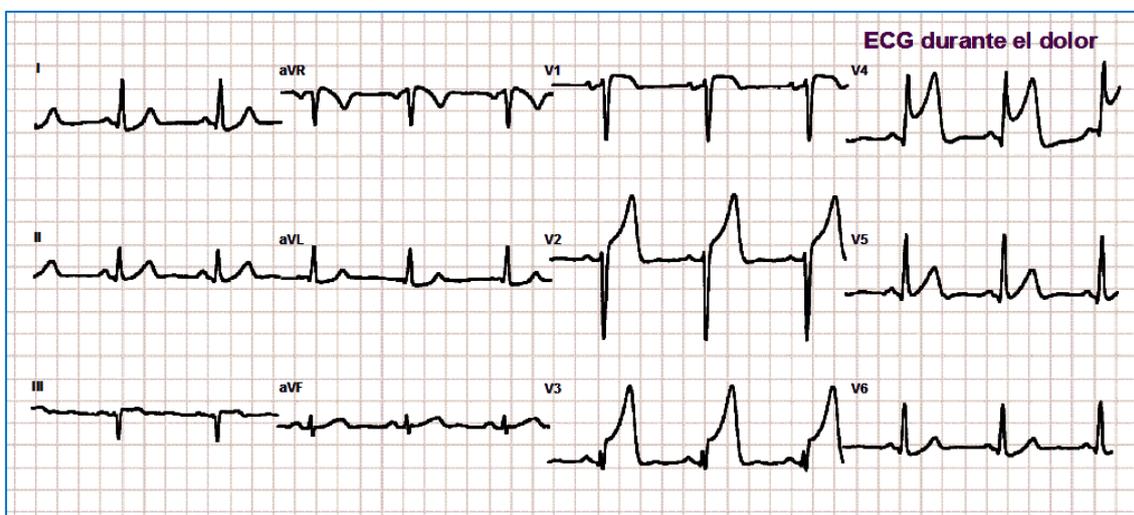
CASO PRÁCTICO 1

Paciente de 63 años de edad, varón, transportista de profesión, que se presenta en el servicio de urgencias con un dolor torácico de 60 minutos de duración.

Presenta como antecedentes tabaquismo desde los 18 años, y dislipemia detectada en una analítica rutinaria cuatro años antes. Ningún tipo de tratamiento. Únicamente realización irregular de dieta por su dislipemia, sin fármacos. Dos años antes había sido sometido a una resección transuretral de próstata por un adenoma prostático.

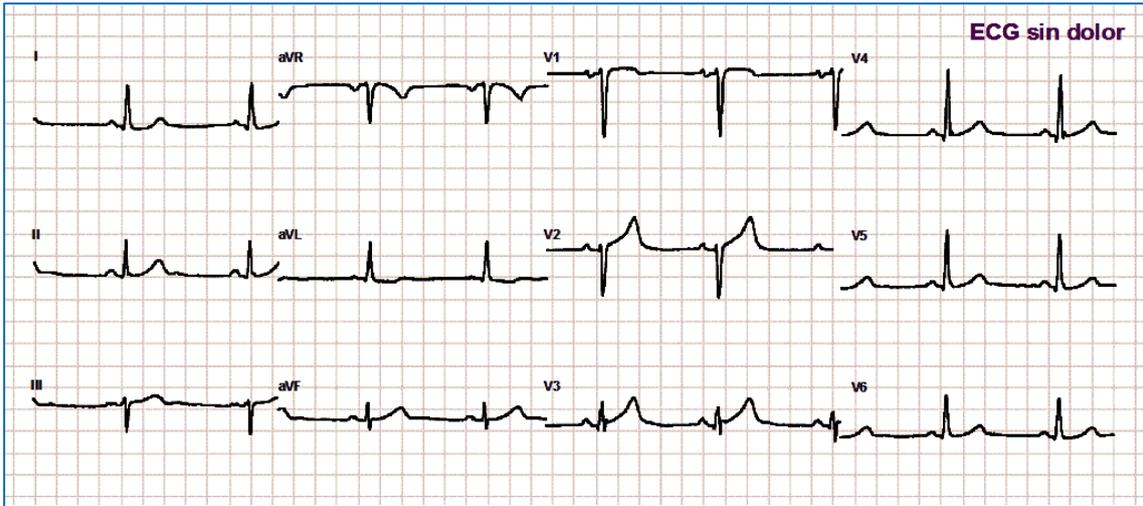
Enfermedad actual: Una hora antes, mientras estaba realizando un esfuerzo moderado (descargar cajas) presenta un dolor retroesternal, de inicio brusco, intenso, continuo, acompañado de sintomatología vegetativa. Al aumentar progresivamente de intensidad, es traído al servicio de urgencias por un compañero de trabajo.

A su llegada a urgencias se trata de un paciente con sobrepeso, con una tensión arterial de 160/90 mmHg, y una frecuencia cardiaca de 62 latidos por minuto. El paciente está con sudor y refiere dolor muy intenso y sensación nauseosa. El resto de exploración física es normal. Se realiza un electrocardiograma durante el dolor que se adjunta.



Se monitoriza al paciente, se le consigue un acceso venoso y se le administra cefinitrina sublingual y se inicia perfusión de nitroglicerina IV. A los 5 minutos se le administra una segunda dosis de cefinitrina sublingual. El paciente refiere, a partir de este momento, una progresiva disminución de la intensidad del dolor. A los 15 minutos el dolor había remitido casi en su totalidad y se realiza un nuevo ECG que se adjunta (ECG sin dolor).

CARDIOLOGÍA
CASOS PRÁCTICOS



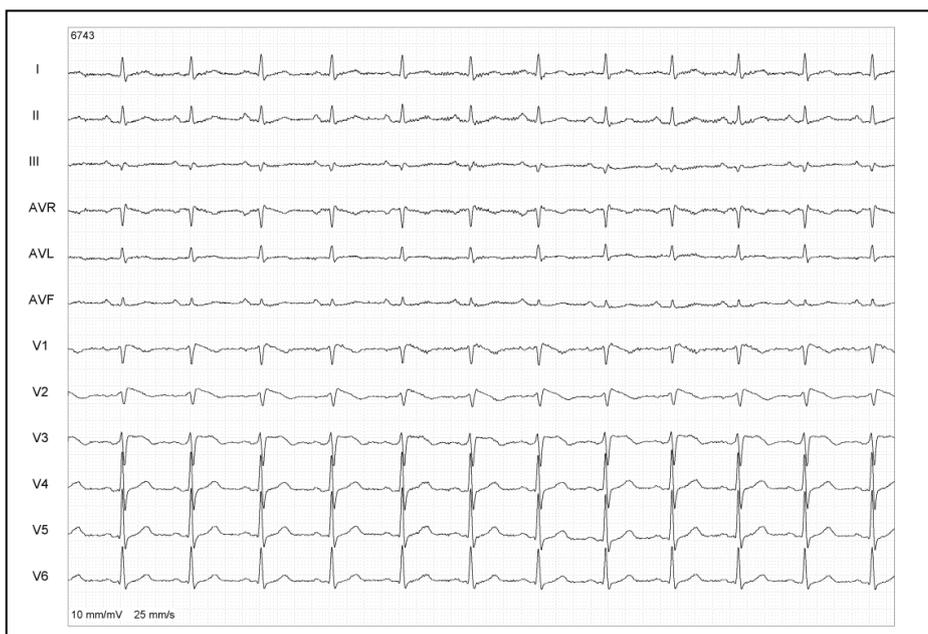
El paciente queda asintomático sin recurrencia del dolor en las siguientes 6 horas. La exploración física en ese momento continúa siendo normal, con una tensión arterial de 120/80 mmHg. Un ecocardiograma realizado de forma urgente documenta una hipocinesia anterior ligera con una fracción de eyección del VI normal. La analítica realizada a las seis horas de ingreso muestra normalidad en todos los parámetros analíticos con la excepción de una creatinina de 125 $\mu\text{mol/L}$, glicemia de 160 mg/dL y unas troponinas de 17 ng/mL (troponina normal < 0,04 ng/mL).

1. Ante este cuadro clínico, la evolución inicial del paciente, y con sus datos analíticos, ¿cuál sería su diagnóstico diferencial y cuál sería su diagnóstico inicial?
2. ¿Cuál sería el tratamiento médico inicial que ya instauraría en el servicio de Urgencias en este paciente?
3. ¿Cuál sería sus pasos estratégicos e indicaciones siguientes para corroborar su diagnóstico inicial y poder establecer las diferentes aproximaciones terapéuticas? ¿En qué momento de la hospitalización los realizaría?

CARDIOLOGÍA CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 2

Un varón de 45 años, fumador sin otros factores de riesgo cardiovascular convencionales, consulta en urgencias por un episodio de síncope ocurrido una hora antes. En la historia clínica destaca un antecedente familiar de muerte súbita a los 53 años en un primo por vía paterna, el cual no presentaba historia de patología cardiovascular. El paciente no presenta historia de otras comorbilidades. Realiza vida normal y practica deporte amateur sin limitaciones físicas. No recibe tratamiento farmacológico crónico alguno, ni consume sustancias de abuso. Durante la anamnesis comenta llevar dos días con un cuadro catarral con tos no productiva, asociado a artralgias. La exploración física muestra fiebre de 38,1C, siendo el resto de la exploración normal. Es síncope ocurrió estando en bipedestación y fue precedido de síntomas neurovegetativos. Entre las pruebas complementarias destaca el siguiente electrocardiograma:



1. Según las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la ESC del 2018 para el manejo del síncope, la estratificación inicial del riesgo de los pacientes afectados ha de realizarse acorde a criterios clínicos y electrocardiográficos en diferentes niveles de riesgo. ¿Podría contextualizar el paciente del presente caso clínico acorde a las recomendaciones de la guía?

CARDIOLOGÍA
CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 3

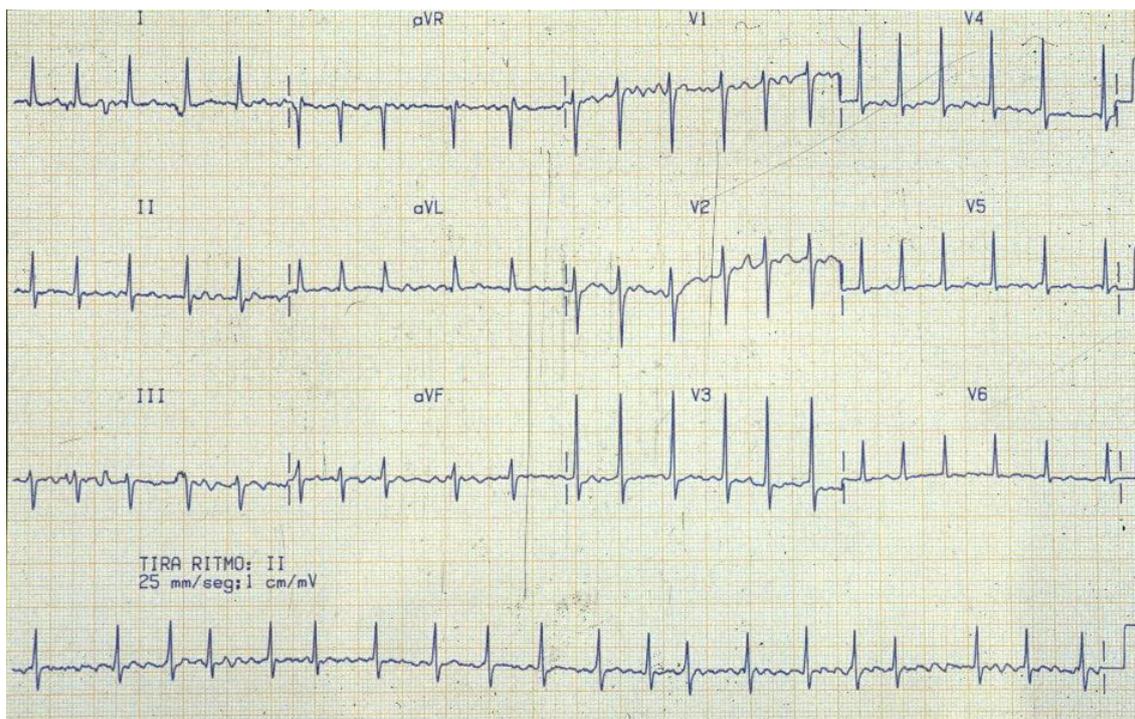
Un paciente varón de 67 años acude a Urgencias por disnea.

Antecedentes: Exfumador, hipertenso en tratamiento con enalapril 20 mg al día, dislipémico en tratamiento con simvastatina 20 mg/día y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con Salmeterol/Fluticasona 50 mcg/250 mcg inhalado 2 veces al día.

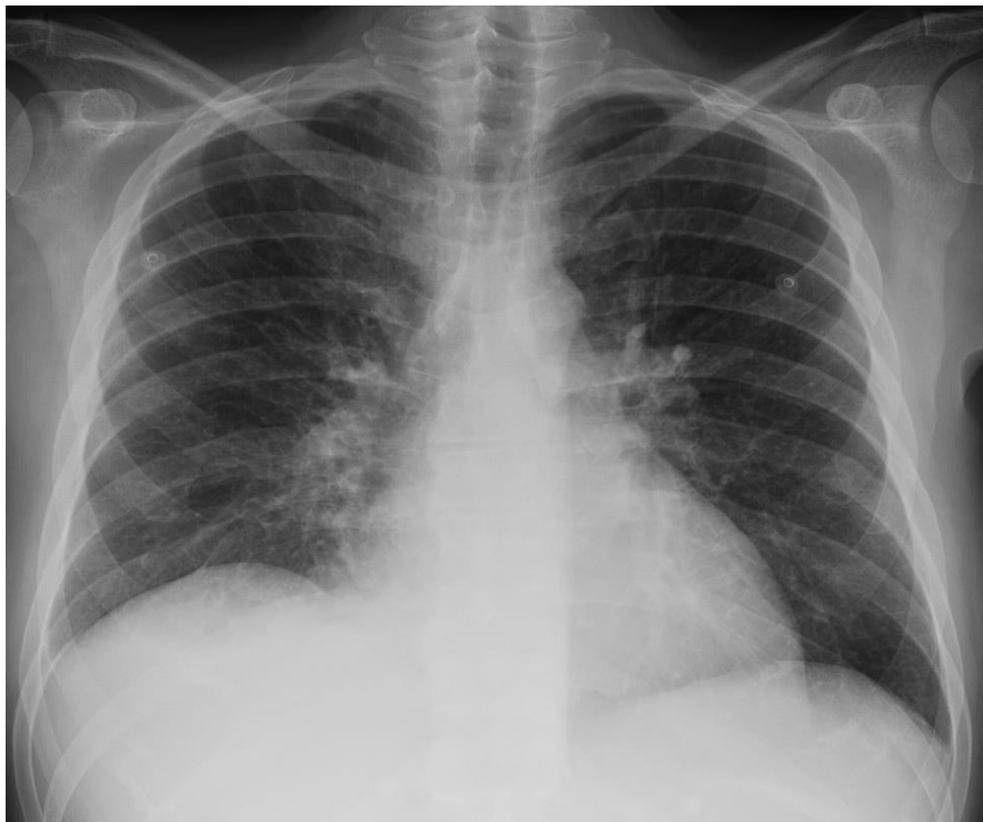
Enfermedad actual: Refiere palpitaciones y disnea de esfuerzo desde hace 2 semanas y en los últimos 2 días además refiere ortopnea y disnea paroxística nocturna. Tos seca por la noche, no durante el día y sin espectoración ni fiebre ni diarreas. No refiere dolor torácico, ni síncope.

Exploración física: Talla: 172 cm, Peso: 90 kg, Presión arterial: 160/85 mm Hg, saturación arterial de oxígeno del 92%, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto. Auscultación cardíaca: Tonos arrítmicos con soplo sistólico en foco mitral (2/6), Ingurgitación yugular de 8 cm. Sin edemas maleolares. Auscultación respiratoria: Crepitantes bibasales sin sibilantes ni roncus. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, sin megalias. Sistema nervioso central: Sin alteraciones significativas.

Analítica: Filtrado glomerular de 55 ml/min con Sodio:138 mmol/L, Potasio: 4,5 mmol/L, Troponina normal, Hemoglobina:13 g/dL, Leucocitos: 7,400 X10E9/L, NTproBNP:1300 ng/L. Se adjunta ECG y RX tórax



CARDIOLOGÍA
CASOS PRÁCTICOS



1. Orientación diagnóstica inicial y manejo inicial en Urgencias

2. El paciente se estabiliza e ingresa en planta de hospitalización de Cardiología. Un ecocardiograma muestra un ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con fracción de eyección del 32%, Insuficiencia mitral moderada funcional, insuficiencia tricuspídea ligera con presión arterial pulmonar de 45 mm Hg y presión venosa central estimada normal. Describa el manejo diagnóstico y médico a seguir con este paciente en planta de Cardiología

3. De cara al estudio etiológico se preguntará acerca de posibles desencadenantes de la FA (alcohol, tóxicos) y se solicitará estudio de función tiroidea. Se deberá descartar la cardiopatía isquémica mediante un cateterismo cardíaco o ecocardiografía/resonancia magnética de estrés. No se recomendaría el TAC coronario en este caso porque el paciente tiene bastantes FRCV y la probabilidad pre-test de tener lesiones coronarias no es baja. ¿Cómo planificaría el alta del paciente y seguimiento posterior?