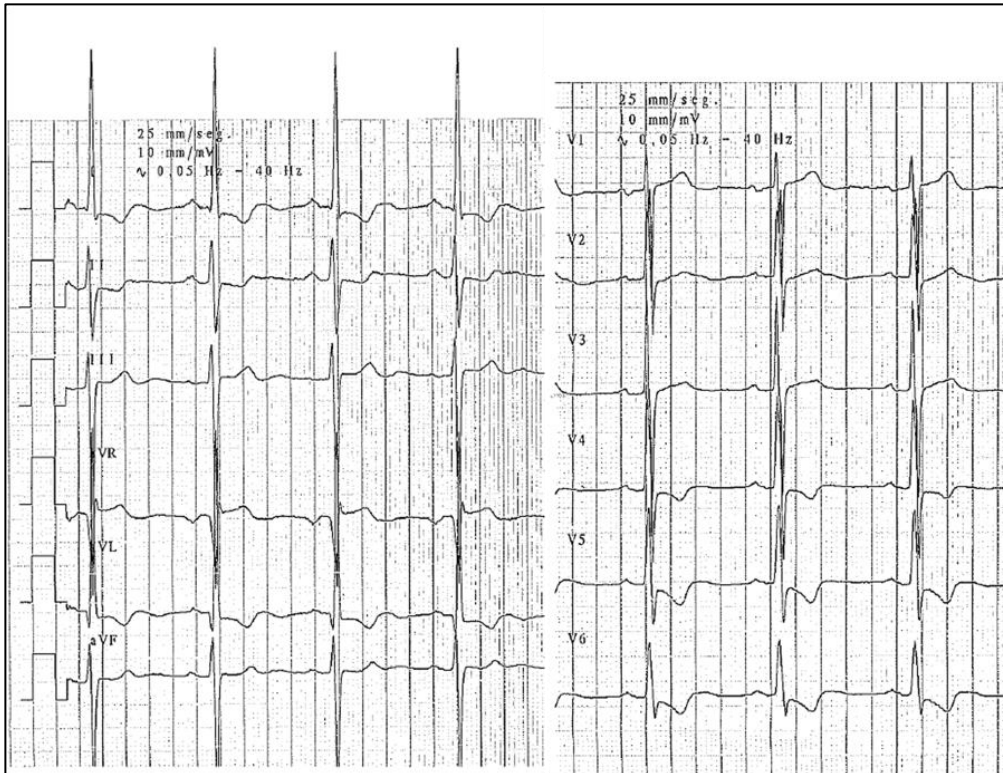


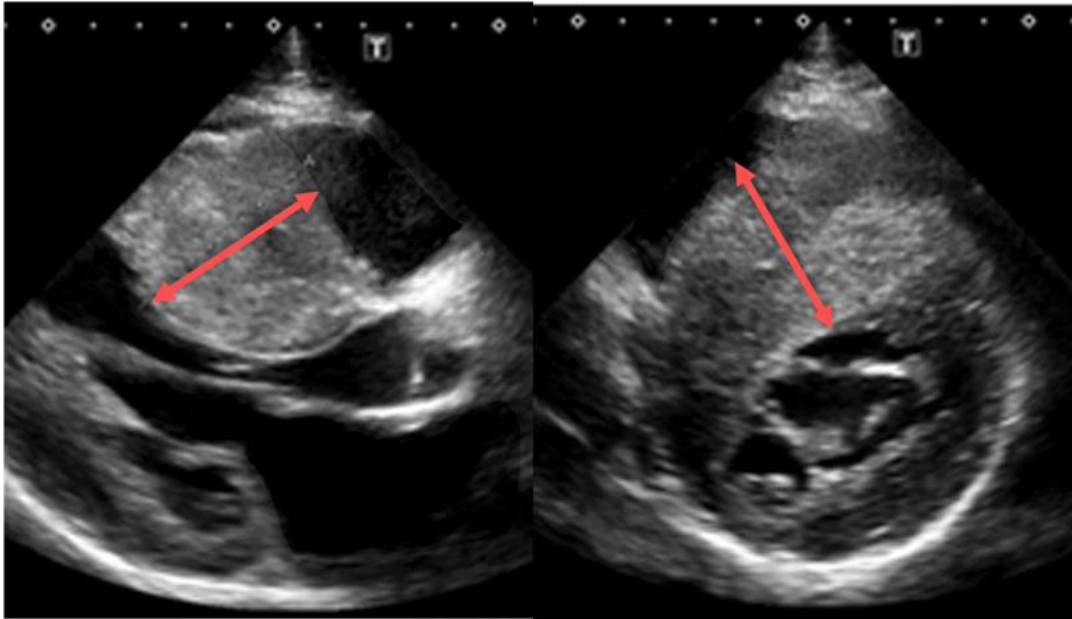
CASO PRÁCTICO 1

Varón de 27 años, sin antecedentes personales de interés, que no recibe tratamiento de forma habitual. Acude a urgencias tras sufrir una pérdida de conocimiento. Ocurrió de forma brusca, mientras estaba corriendo en un partido de fútbol. El paciente refiere que previamente notó el “corazón acelerado”, como latiendo fuerte en el cuello. Como antecedente familiar nos cuenta que su padre murió con 50 años en su casa (apareció muerto en su cama; no llegaron a realizar autopsia). Entre las pruebas complementarias destaca el siguiente electrocardiograma:



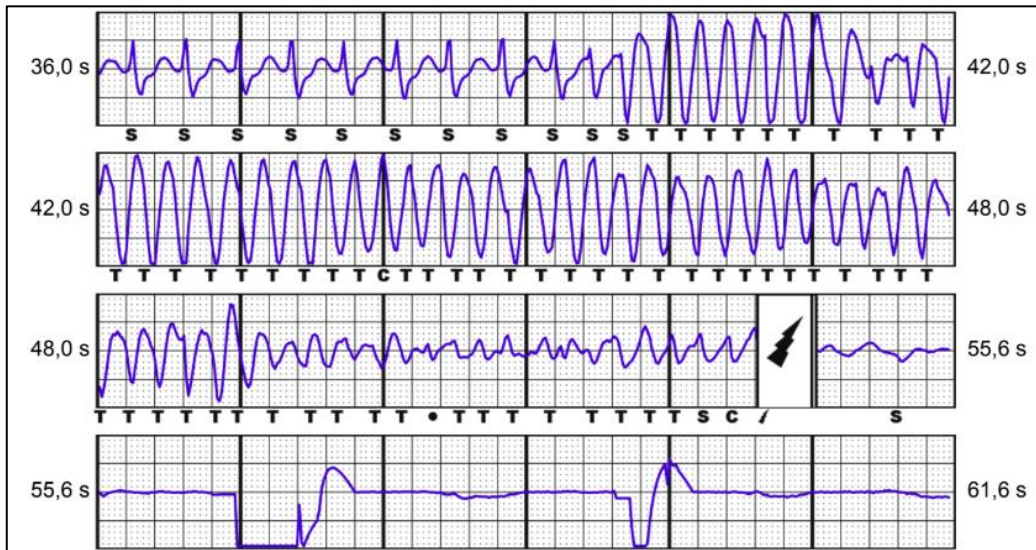
Pregunta 1.- Según las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la ESC del 2018 para el manejo del síncope, la estratificación inicial del riesgo de los pacientes afectados ha de realizarse acorde a criterios clínicos y electrocardiográficos en diferentes niveles de riesgo. ¿Podría contextualizar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

Pregunta 2. - El paciente permanece estable en urgencias, e ingresa en el servicio de cardiología. Entre las pruebas complementarias se realiza un ecocardiograma transtorácico, del cual se muestran los ejes corto y largo paraesternales izquierdos (la línea roja indica septo interventricular >30 mm).



Según las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la ESC del 2022 para el manejo de la muerte súbita cardíaca y las arritmias ventriculares, comente qué medidas generales, dispositivos y/o fármacos podrían estar indicados de acuerdo a la patología que se sospecha en este paciente.

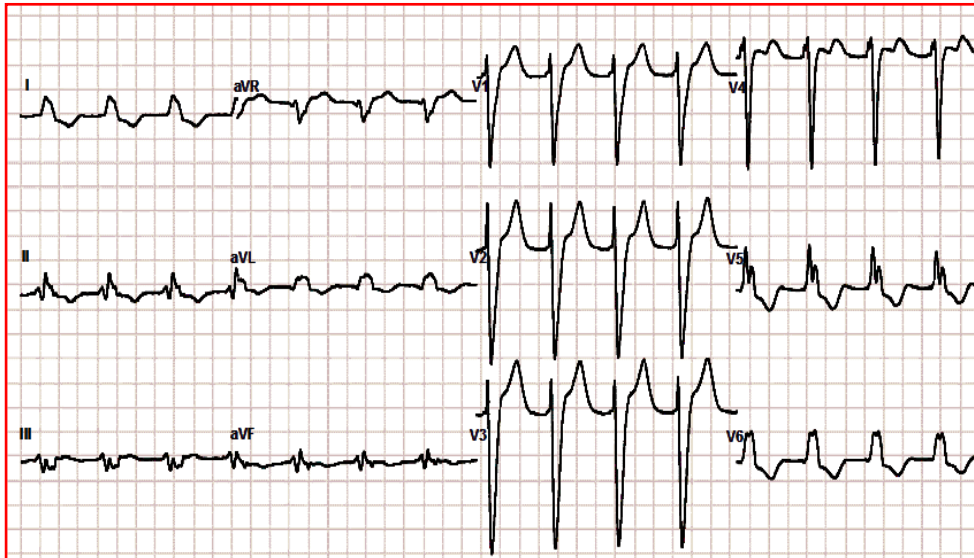
Pregunta 3.- Finalmente, el paciente recibe un desfibrilador automático implantable (DAI) subcutáneo. A los 5 meses acude nuevamente a urgencias por un nuevo síncope mientras subía las escaleras corriendo. Se interroga el DAI que ha almacenado el siguiente episodio:



Describe el episodio registrado en el DAI, indicando el tipo de arritmia y terapia recibida (apropiada o inapropiada)

CASO PRÁCTICO 2

Paciente de 62 años, obeso e hipertenso, que acude a consulta por aumento de su disnea de esfuerzo, sin angina asociada. Entre sus antecedentes destaca haber sufrido un infarto de miocardio inferior, tratado con angioplastia primaria e implante de stent en coronaria derecha hace 3 años. En tratamiento con aspirina y enalapril, amlodipino, bisoprolol a dosis bajas. Refiere mal control tensional y edemas en miembros inferiores. En el electrocardiograma realizado en consulta, es el siguiente:



Pregunta 1.- ¿Cuáles deben ser los siguientes pasos en su proceso diagnóstico?

Pregunta 2.- El paciente presenta unos niveles de ProBNP de 1800 y en la ecocardiografía TT se documenta dilatación de VI (DTDVI 61 mm) con disfunción severa del VI (FEVI 30%), insuficiencia mitral ligera e insuficiencia tricuspídea ligera con presión arterial pulmonar sistólica de 40 mm Hg y vena cava inferior de 22 mm, poco móvil. El ventrículo derecho está ligeramente dilatado con TAPSE de 15 mm.

¿Cuáles serían las siguientes actuaciones diagnósticas y terapéuticas (incluir relación de fármacos y dosis recomendadas) que estarían indicadas?

Pregunta 3.- Tras 3 meses de tratamiento médico optimizado, el paciente presenta disnea a mediado esfuerzo. El ECG sigue en ritmo sinusal con un QRS de 160 mseg. El ecocardiograma sigue mostrando el mismo grado de dilatación ventricular y una FEVI del 25% con insuficiencia mitral ligera, insuficiencia tricuspídea leve con presión arterial pulmonar sistólica de 35 mm Hg y vena cava inferior de 10 mm, móvil.

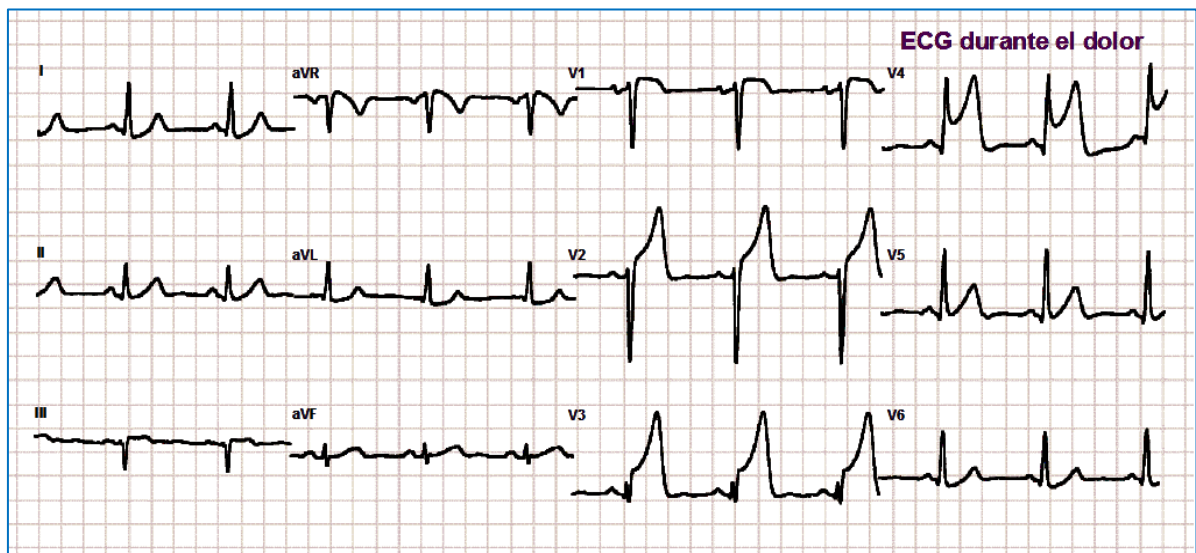
En este momento, ¿Qué actuaciones diagnósticas o terapéuticas son las que recomendaría?

CASO PRÁCTICO 3

Paciente de 63 años de edad, varón, transportista de profesión, que es atendido por el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) por un dolor torácico intenso y continuo.

Presenta como antecedentes obesidad moderada, tabaquismo desde los 18 años, diabetes y dislipemia detectadas en una analítica rutinaria cuatro años antes. Bajo tratamiento con metformina y dieta. Ningún otro tipo de tratamiento.

Enfermedad actual: Una hora antes, mientras estaba realizando un esfuerzo moderado (descargar cajas), presenta un dolor retroesternal, de inicio brusco, de intensidad inicialmente moderada y continuo. Al cabo de 40 minutos de su inicio, el dolor aumenta progresivamente de intensidad y se acompaña de sintomatología vegetativa. Tiene carácter opresivo y no se modifica con la respiración profunda. Se contacta con el SEM que atiende al paciente 20 minutos más tarde. En aquel momento tiene una tensión arterial de 140/90 mmHg, y una frecuencia cardíaca de 67 latidos por minuto. La exploración física es normal. El paciente está con sudor y refiere dolor muy intenso y sensación nauseosa. El SEM realiza un primer ECG que se muestra:



Se monitoriza al paciente, se le consigue un acceso venoso y se le administra cafinitrina sublingual y se inicia perfusión de nitroglicerina IV. A los 5 minutos se le administra una segunda dosis de cafinitrina sublingual, sin ceder el dolor. El traslado al hospital más cercano, con capacidad de realizar intervencionismo coronario percutáneo, se calcula que durará 60 minutos.

Pregunta 1.- Ante este cuadro clínico, la evolución inicial y con los intervalos de tiempo calculados, ¿cuál sería su diagnóstico diferencial, su diagnóstico inicial, y qué tratamiento de reperfusión recomendaría?

Pregunta 2.- En el momento de llegada al Hospital, ¿Cuál serían sus medidas de tratamiento coadyuvante, que tratamiento de reperfusión realizaría y que fármacos administraría (y dosis) en las primeras horas a este paciente?

Pregunta 3.- Inicialmente se documenta y se confirma que el paciente tiene una enfermedad coronaria de los 3 vasos coronarios. La evolución hospitalaria es inicialmente favorable con los tratamientos administrados. ¿Cuáles serían sus recomendaciones en relación a?:

- a) la revascularización del árbol coronario restante;**
- b) las medidas farmacológicas y no farmacológicas que prescribiría al alta;**
- c) y las medidas farmacológicas y no farmacológicas a largo plazo (durante el primer año de seguimiento).**