**SEMINARIO SINDROMES CORONARIOS AGUDOS**

**CASO 1**

Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de HTA, DM2 no IR y obesidad. Además, tabaquismo activo de hasta 20 cig/día desde los 25 años.

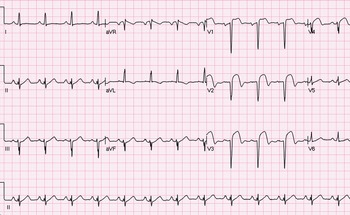
Fármacos de uso habitual: losartán 50 mg c/12 hras, hidroclorotiazida 25 mg en la mañana, metformina 850 mg c/8 hras.

Consulta en el servicio de urgencias del Hospital Salvador (centro con disponibilidad de coronariografía) por cuadro de 3 horas de evolución caracterizado por dolor torácico retroesternal, opresivo, intensidad 10/10 en escala de EVA, asociado a sudoración fría y nauseas. En la última hora, refiere que el dolor se irradia a la ESI.

Ingresa con PA 160/95 mmHg, FC 110 lpm, FR 22, temp 36.5°C, Sat 94% con FiO2 ambiental.

Al examen físico:

* Ansioso, sudoroso. GCS 15 puntos.
* Yugulares visibles, levemente ingurgitadas
* Tórax de expansión simétrica, RR2TSS, MP presente disminuido en bases, con estertores bibasales
* Abdomen BDI, RHA presente
* EEII tibias, llene capilar adecuado, sin edema o TVP



Preguntas:

1. Interprete el electrocardiograma
2. Cuál es el diagnóstico?
3. Cuál es la arteria culpable?
4. Qué exámenes solicitaría? Justifique
5. Cuál es el manejo inicial del paciente?
6. Cuáles son las posibles complicaciones asociadas?
7. Comente respecto al manejo a largo plazo

**CASO 2**

Paciente de sexo femenino de 38 años, sin antecedentes mórbidos conocidos a la fecha. Niega uso de sustancias o consumo de tabaco.

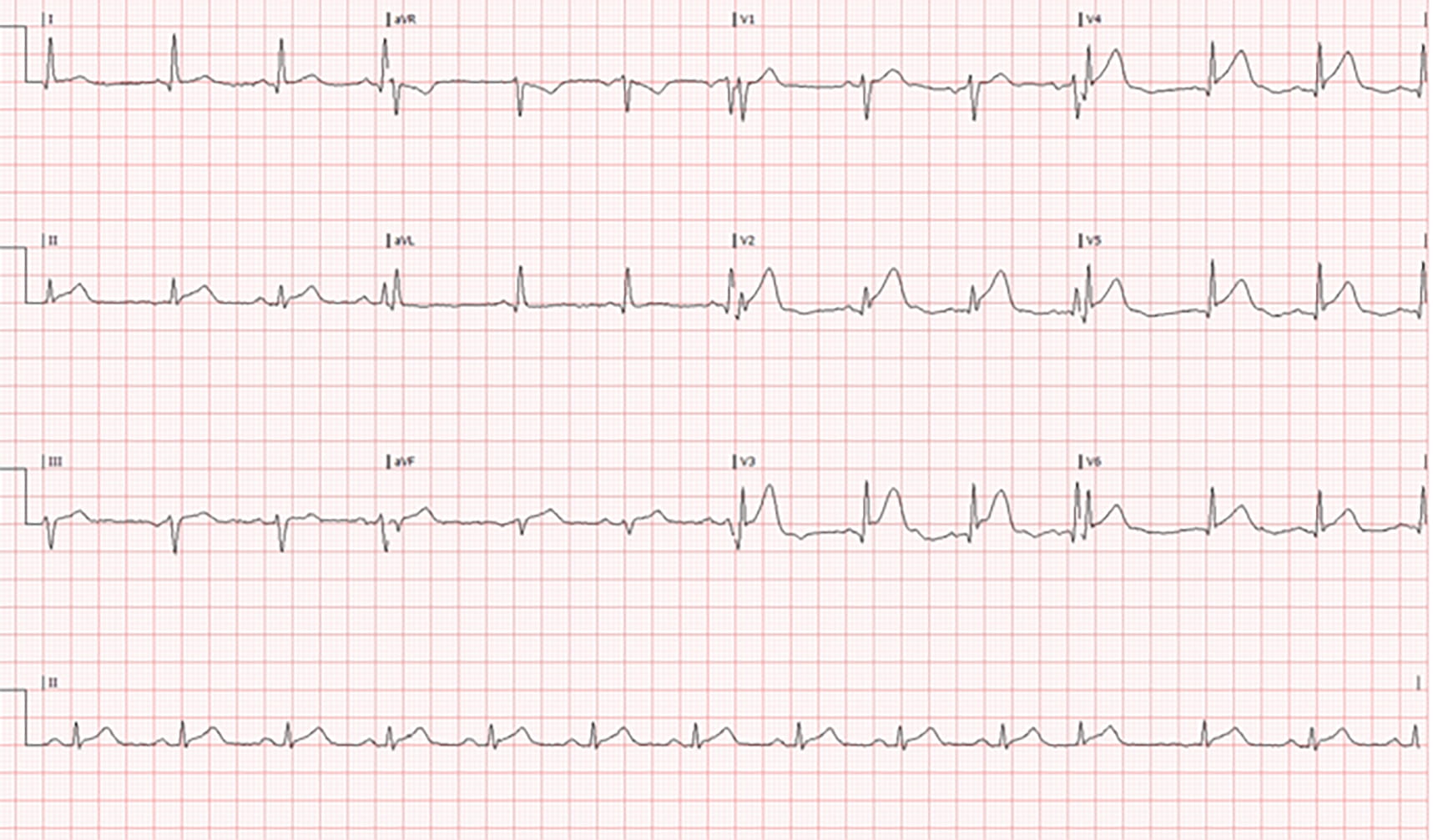
Consulta en urgencias por 4 horas de dolor torácico opresivo hasta EVA 8/10, no irradiado y sensación de disnea. Relata que los síntomas inician luego de la discusión intensa con un familiar.

A su ingreso, con PA 130/80 mmHg, FC 100 lpm, FR 20 rpm, Temp 36.5°C, Sat 98% con FIO2 21%

Al examen físico:

* Vigil, ansiosa, sudorosa
* Hidratada, bien perfundida
* Yugulares no ingurgitadas a 30 grados
* Tórax de expansión simétrica, RR2TSS; MP presente SRA
* Abdomen BDI, RHA presente
* EEII tibias, llene capilar menor a 3 segundos, pulsos palpables a distal, edema no, sin TVP

Troponina 780 ng/mL (VN <18)



Preguntas:

1. Interprete el ECG

1. Cuál es su sospecha diagnóstica? Mencione posible arteria culpable
2. Cuál es la conducta inicial?

Se realiza estudio coronario, que **no** demuestra lesiones coronarias angiográficas significativas. Se describe a la ventriculografía balonamiento apical.

1. Cuál es el diagnóstico en este caso?
2. Cómo confirmaría su sospecha diagnóstica?
3. Comente respecto del manejo a largo plazo

**CASO 3**

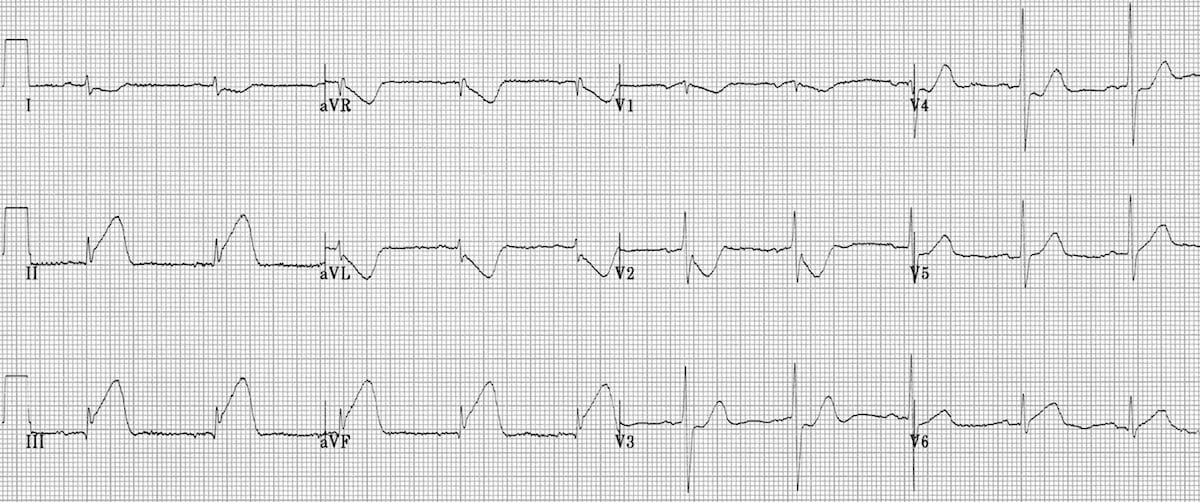
Paciente de sexo masculino, de 62 años, residente de la ciudad de Coyhaique. No tiene antecedentes mórbidos diagnosticados a la fecha, sin embargo, refiere fumar 2 cajetillas de cigarro al día, desde los 30 años.

Consulta en urgencias por cuadro de dolor torácico de 1 hora de evolución, que se desencadena al levantar unos muebles en su domicilio. Refiere que el dolor es de carácter opresivo, irradiado a mandíbula, hasta EVA 10/10, asociado a sudoración y náuseas.

A su ingreso, PA 160/90 mmHg, FC 110 lpm, FR 22 rpm, temp 36°C, Sat 94% con FIO2 21%

Al examen físico:

* Vigil, GCS 15 puntos
* Hidratado, bien perfundido
* Yugulares no ingurgitadas a 30 grados
* Tórax de expansión simétrica, RR2TSS; MP presente disminuido globalmente
* Abdomen BDI, RHA presente
* EEII tibias, llene capilar menor a 3 segundos, pulsos palpables, edema no, sin TVP



Preguntas:

1. Interprete el ECG
2. Cuál es la arteria culpable?
3. Cómo complementaría el estudio con ECG en base a su sospecha diagnóstica?
4. Cuál es su diagnóstico?
5. Cuál sería su conducta inicial, considerando que Coyhaique no cuenta con disponibilidad de estudio coronario? Mencionar fármaco a usar y dosis

1. Cuáles son los criterios de reperfusión?
2. Mencione las contraindicaciones absolutas de la trombólisis

**CASO 4… a resolver el Jueves 25 de Abril**

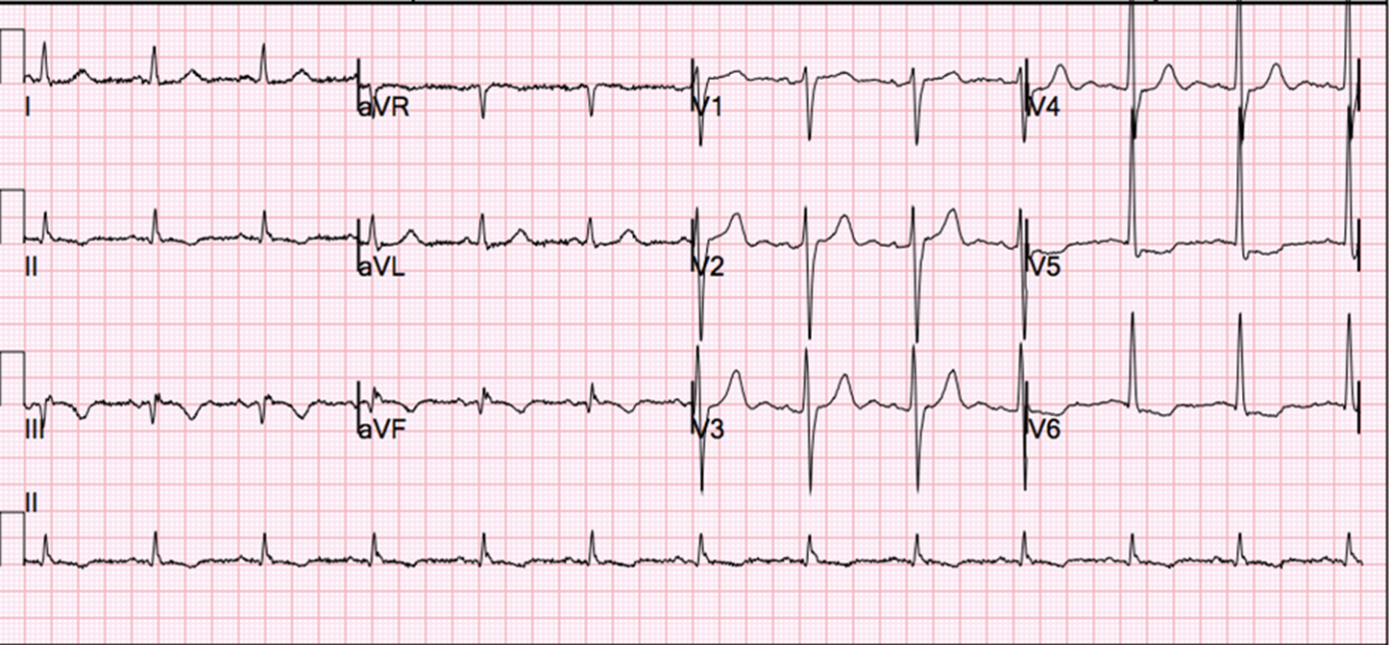
Paciente de sexo femenino, de 65 años, con antecedentes de HTA y dislipidemia. Niega tabaquismo o antecedentes familiares de cardiopatía coronaria.

Consulta en el servicio de urgencia por cuadro de 6 horas de evolución caracterizado por sensación de debilidad y opresión torácica hasta EVA 8/10. Dirigidamente, la paciente describe el dolor como difuso, opresivo, sin irradiación. Niega la presencia de síntomas neurovegetativos acompañantes.

A su ingreso en urgencias, con PA 150/85 mmHg, FC 90 lpm, FR 18 rpm, Sat 96% con FiO2 ambiental, temp 36.3°C

Al examen físico:

* Vigil, orientada en tiempo y espacio
* Hidratada, bien perfundida
* Yugulares no ingurgitadas a 30 grados
* Tórax de expansión simétrica, RR2TSS; MP presente SRA
* Abdomen BDI, RHA presente
* EEII tibias, llene capilar menor a 3 segundos, pulsos palpables a distal, edema no, sin TVP



Preguntas:

1. Interprete el ECG
2. Qué exámenes solicitaría?
3. Troponina de 1080 ng/ml (VN menor a 18). En base a este resultado, cuál es el diagnóstico del paciente?
4. Cómo se calcula el riesgo de este paciente?
5. En base a los scores de riesgo calculados, cuál es la conducta a seguir en cada caso?
6. Si la paciente continúa estable y sin dolor torácico, cuál es la conducta a seguir?
7. Comente respecto al manejo a largo plazo