

RED ACERCAP_CV

1er. Programa de Formación Teórico-Práctico con visión integradora entre
Cardiología y Atención Primaria



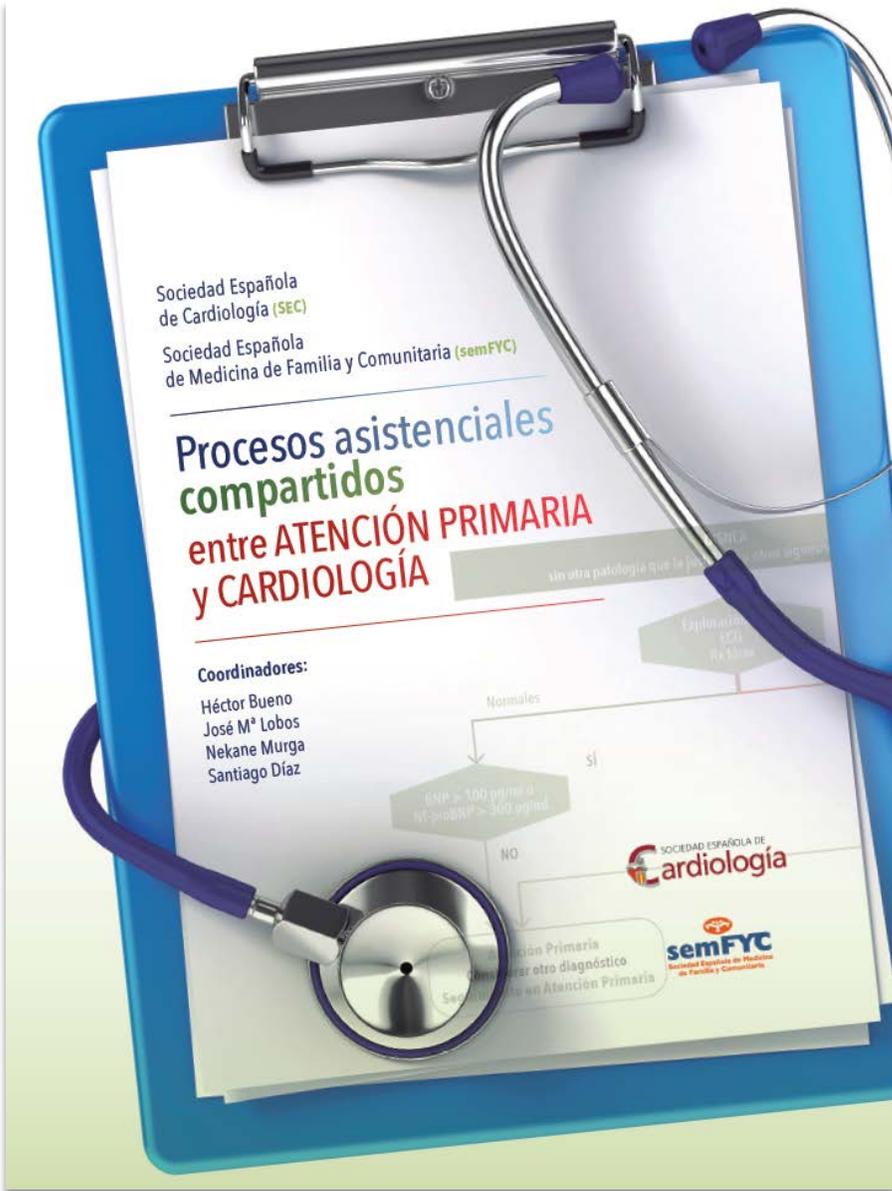
SESION 2, 26 de abril

MANEJANDO LOS SINTOMAS. PARTE 1

Dra. Miriam Sandín Rollán. Cardióloga, H.G.U de Alicante

Dr. Francisco Ponce Lorenzo. Médico Familia . CS Marina Española-Elda 1

1. Dolor torácico: ¿qué hago? Nada, lo derivo a urgencias o lo mando a consulta de cardiología
2. Doctor, me fatigo: cardiología, neumología, atención primaria, medicina interna.... ¿Qué hacer? Como diagnostico una insuficiencia cardiaca.



Sociedad Española
de Cardiología (SEC)

Sociedad Española
de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

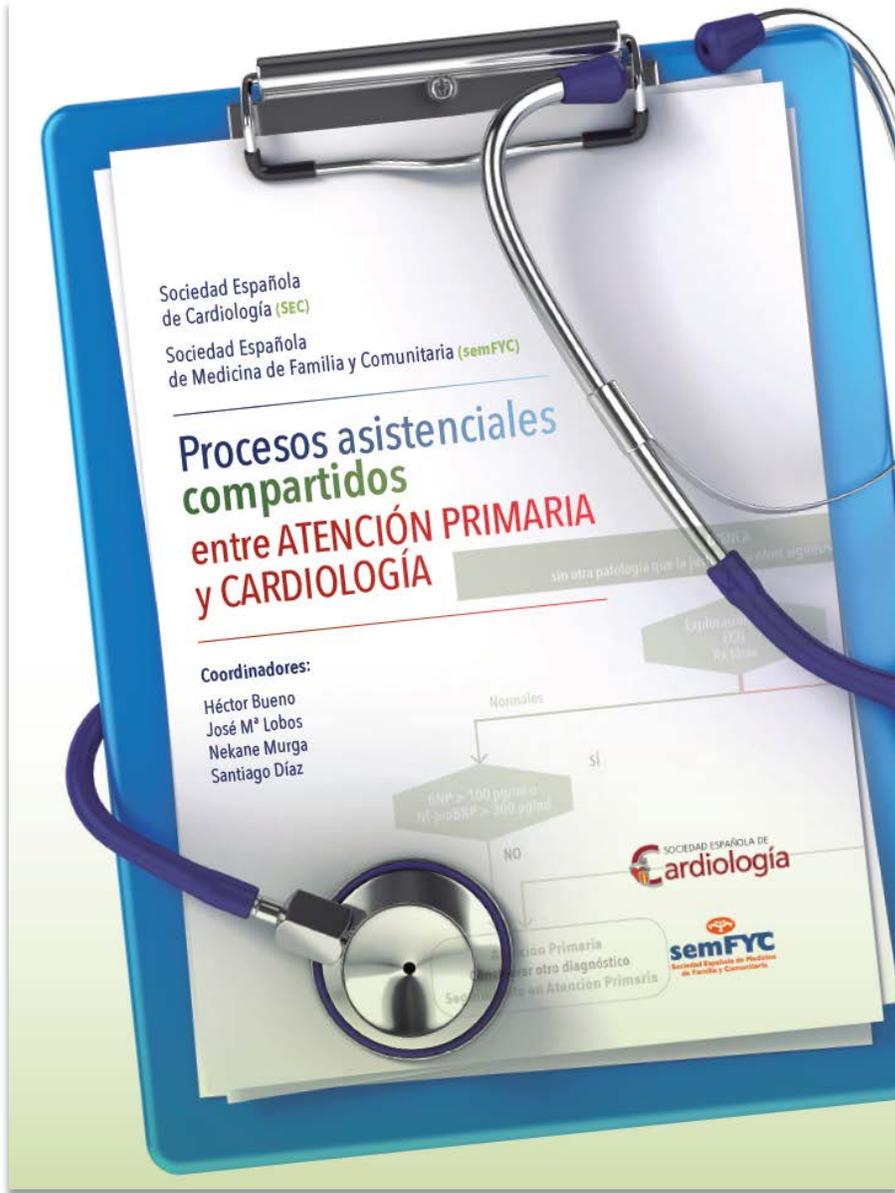
Procesos asistenciales compartidos entre ATENCIÓN PRIMARIA y CARDIOLOGÍA

Coordinadores:

Héctor Bueno
José Mª Lobos
Nekane Murga
Santiago Díaz

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología

semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



Parte A. Criterios compartidos de derivación a cardiología por síntomas/signos principales

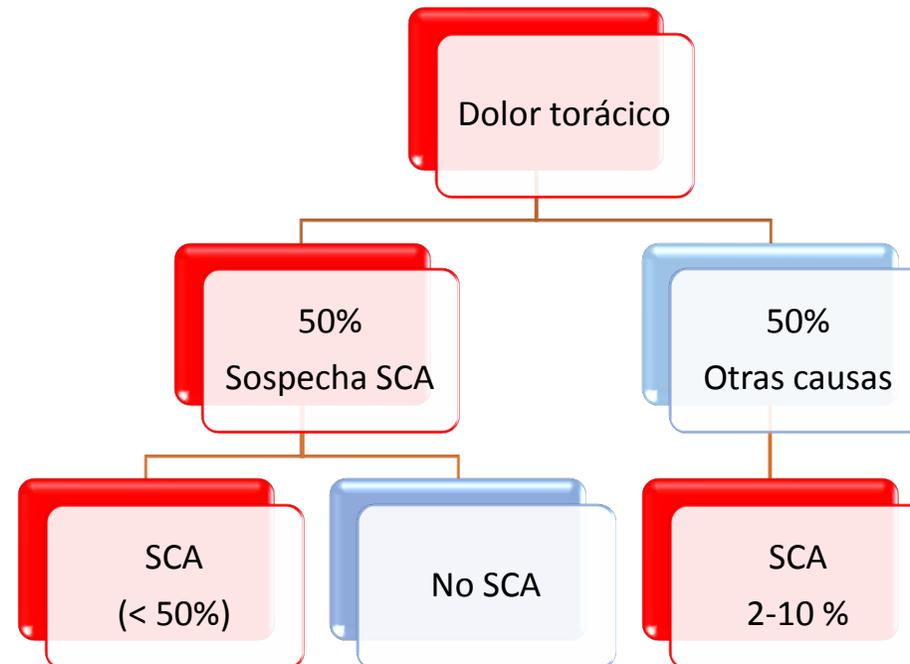
1. Dolor torácico	7
2. Disnea	15
3. Palpitaciones	23
4. Síncope	27
5. Soplos cardíacos	33
6. Alteraciones del electrocardiograma	37

Parte B. Procesos cardiovasculares compartidos

1. Cardiopatía isquémica	57
2. Insuficiencia cardíaca	65
3. Fibrilación auricular	75
4. Arritmias	93
5. Valvulopatías	101

DOLOR TORÁCICO AGUDO

- Una de las causas más frecuentes de consulta médica en urgencias: **5-20%** de los pacientes de urgencias.
- Diagnóstico Diferencial es difícil: muchas causas de dolor torácico.

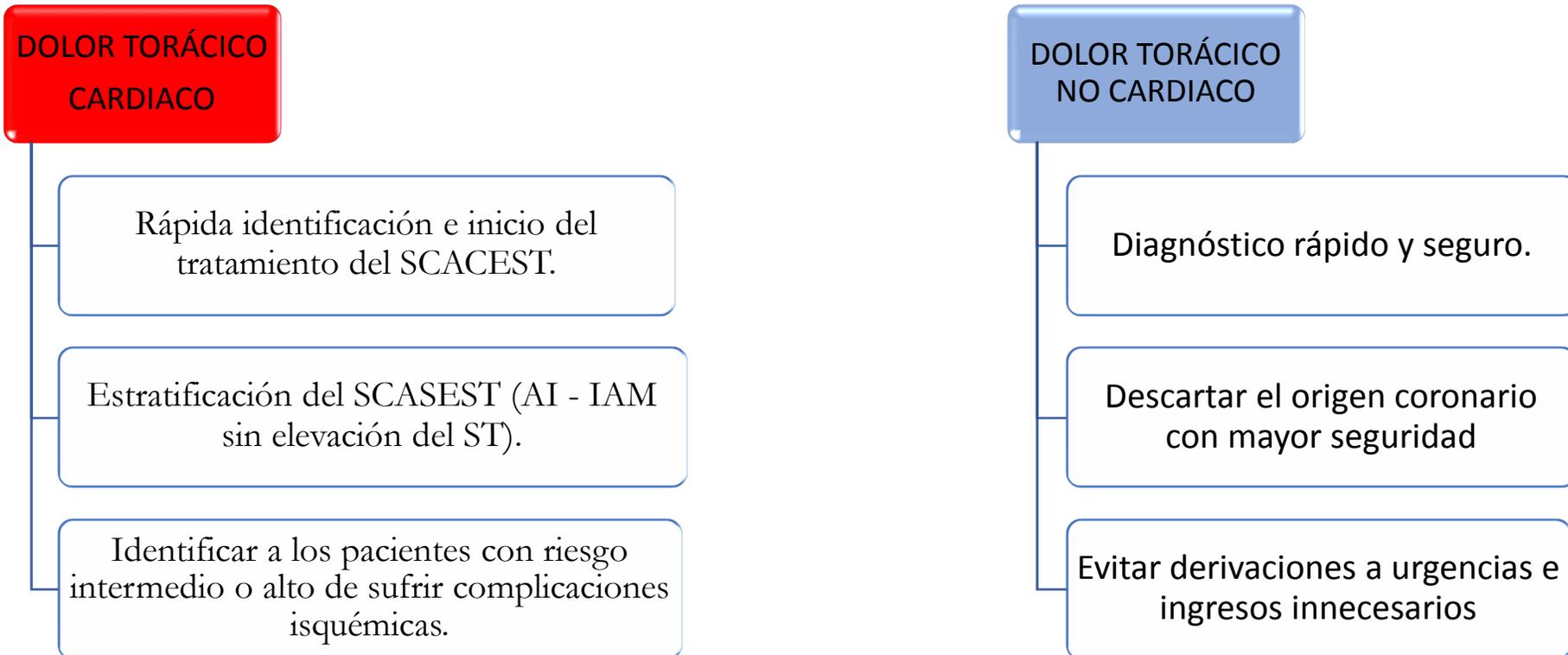


DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS:

- Rápida identificación del dolor de origen cardiaco frente al dolor de origen no cardiaco.



DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO

- 1º. Historia clínica.
- 2º Exploración física.
- 3º. Exploraciones complementarias.

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.

- **Características del dolor:**

Tabla 1. Principales causas del dolor torácico

1. Idiopático (12-85%)	
2. Musculoesquelético (15-43%)	<ul style="list-style-type: none">• Traumatismo• Sobrecarga muscular• Costocondritis• Síndrome de Tietze• Síndrome de pinzamiento precordial• Síndrome de la costilla deslizante
3. Respiratorio (12-21%)	<ul style="list-style-type: none">• Tos, asma (inducido por el ejercicio)• Neumonía• Derrame pleural• Neumotórax• Neumomediastino• Pleurodinia
4. Psicógeno (5-17%)	<ul style="list-style-type: none">• Hiperventilación• Síntomas de conversión
5. Gastrointestinal (4-7%)	<ul style="list-style-type: none">• Reflujo gastroesofágico• Esofagitis• Gastritis• Ingesta de cuerpo extraño/cáustico• Colecistitis
6. Cardiovascular (0-4%)	<ul style="list-style-type: none">• Anomalías estructurales (cardiopatías con obstrucción del TSVI/prolapso de la válvula mitral/arterias coronarias anómalas)• Arritmias (taquiarritmias, extrasístolia)• Fenómenos inflamatorios (miocarditis, pericarditis)• Enfermedad de Kawasaki• Vasoespasmos, oclusión de las arterias coronarias• Rotura o disección aórtica/TEP
7. Otros (4-21%)	<ul style="list-style-type: none">• Mastalgia• Herpes zóster

TEP: tromboembolismo pulmonar; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo.

- ✓ ¿Cómo y dónde es el dolor?
- ✓ ¿Qué estaba haciendo cuando empezó?
- ✓ ¿Cuánto le duró?
- ✓ ¿Cómo se quitó?
- ✓ ¿Disnea, náuseas y/vómitos, mareo?
- ✓ ¿Cambiaba con los movimientos torácicos/respiratorios?
- ✓ ¿Aumenta a la palpación?
- ✓ ¿Episodios similares previos?

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.

- **Características del dolor:**

Tabla 1. Principales causas del dolor torácico

1. Idiopático (12-85%)	
2. Musculoesquelético (15-43%)	<ul style="list-style-type: none">• Traumatismo• Sobrecarga muscular• Costocondritis• Síndrome de Tietze• Síndrome de pinzamiento precordial• Síndrome de la costilla deslizante
3. Respiratorio (12-21%)	<ul style="list-style-type: none">• Tos, asma (inducido por el ejercicio)• Neumonía• Derrame pleural• Neumotórax• Neumomediastino• Pleurodinia
4. Psicógeno (5-17%)	<ul style="list-style-type: none">• Hiperventilación• Síntomas de conversión
5. Gastrointestinal (4-7%)	<ul style="list-style-type: none">• Reflujo gastroesofágico• Esofagitis• Gastritis• Ingesta de cuerpo extraño/cáustico• Colecistitis
6. Cardiovascular (0-4%)	<ul style="list-style-type: none">• Anomalías estructurales (cardiopatías con obstrucción del TSVI/prolapso de la válvula mitral/arterias coronarias anómalas)• Arritmias (taquiarritmias, extrasístolia)• Fenómenos inflamatorios (miocarditis, pericarditis)• Enfermedad de Kawasaki• Vasoespasmos, oclusión de las arterias coronarias• Rotura o disección aórtica/TEP
7. Otros (4-21%)	<ul style="list-style-type: none">• Mastalgia• Herpes zóster

TEP: tromboembolismo pulmonar; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo.

1. Antecedentes personales:

- **FRCV:** HTA, DM, Dislipemias, Tabaquismo, Tóxicos (cocaína)
- **Antecedentes familiares de C. Isquémica.**

2. Cardiopatías previas y procedimientos diagnósticos/terapéuticos.

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.
- **Características del dolor:**

Tabla 3. Probabilidad de enfermedad coronaria de acuerdo con las características clínicas

Edad	Angina típica		Angina atípica		Dolor no anginoso	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	69	37	54	24
70-79	89	68	69	37	54	24
≥ 80	93	76	78	47	65	32

□ Probabilidad < 15%. No precisan estudios adicionales.
■ Probabilidad 15-65%. Susceptibles de estudios diagnósticos.
■ Probabilidad > 65%.
■ Probabilidad > 85%. Se acepta el origen coronario del dolor.

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.
- **Características del dolor:**

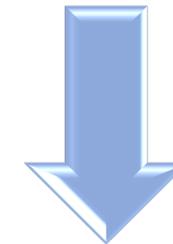
Tabla 2. Clasificación de Geleijnse modificada para dolor precordial sospechoso de enfermedad coronaria

		Puntos
Localización	Subesternal	+3
	Precordial	+2
	Cuello, mandíbula, epigastrio	+1
	Apical	-1
Irradiación	Cualquier brazo	+2
	Hombro, espalda, nuca, mandíbula	+1
Características	Fuertemente opresivo	+3
	Pesadez, opresión	+2
	Punzante, pinchazo	-1
Gravedad	Grave	+2
	Moderado	+1
Influenciado por	Nitroglicerina	+1
	Posición	-1
	Respiración	-1
Síntomas asociados	Disnea	+2
	Nauseas o vómitos	+2
	Sudoración	+2
	Historia de angina de esfuerzo	+3

Sospecha de enfermedad coronaria: > 6 puntos



TÍPICO



ATÍPICO

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO

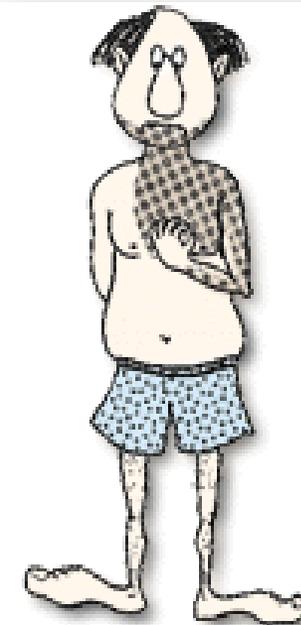


HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.
- **Características del dolor:**

TÍPICO

- ✓ Opresivo.
- ✓ Retroesternal/precordial/epigástrico
- ✓ Irradiado brazos y/o mandíbula
- ✓ Duración hasta 30 min.
- ✓ No varía con movimientos/respiración
- ✓ Cortejo vegetativo.
- ✓ Cede con NTG



Localización más frecuente
del dolor coronario.

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.
- **Características del dolor:**

EQUIVALENTES ANGINOSOS

- ✓ **Disnea** (de esfuerzo): En cualquier IC aguda, descartar isquemia (ECG, enzimas).
- ✓ **Cortejo vegetativo:** sudoración, náuseas.
- ✓ **Mareo / Síncope**

**ESPECIALMENTE
EN DIABÉTICOS Y
ANCIANOS**

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.

- **Características del dolor:**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ **Perfil isquémico.**
- ✓ **Perfil Pleurítico:**
 - Punzante
 - Varía con la tos y movimientos respiratorios.
 - Neumotórax, Neumonía, TEP
- ✓ **Perfil pericárdico:**
 - Punzante u opresivo, precordial.
 - Se alivia con la bipedestación/sedestación y empeora con el decúbito.
 - Antec. de infección respiratoria/GEA
- ✓ **Perfil esofágico:**
 - Se acompaña de síntomas de RGE. Hernia de hiato.
 - Se relaciona con ingesta.
 - Mejora con antiácidos.

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



HISTORIA CLÍNICA

- **Anamnesis:** duración y características del dolor, presencia de síntomas asociados y de FRCV.

- **Características del dolor:**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ **Perfil de la disección aórtica:**
 - Instauración brusca, transfixivo
 - Móvil según avanza la disección.
- ✓ **Perfil TEP:**
 - Puede ser pleurítico o similar al isquémico en casos de TEP masivos / infartos pulmonares.
 - Disnea, palpitaciones.
 - Inmovilización. TVP.
- ✓ **Perfil osteomuscular:**
 - A punta de dedo,
 - Varía con los movimientos y la manipulación.
- ✓ **Perfil psicógeno:**
 - Mal definido y variable.

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Estado General:** palidez, sudoración, confusión, perfusión... → **Bajo Gasto.**
- **Tª, TA, Fc, Fr, y Saturación de O2.**
- **Auscultación cardiaca y pulmonar:** ritmicidad, soplos, 4R y 3R, roce pericárdico, crepitantes.
- **Abdomen:** hepatomegalia, reflujo HY.
- **MMII:** Edemas, Signos de TVP, Pulsos perifericos.
- **Signos y síntomas sugestivos de inestabilidad hemodinámica:**
 - ✓ Disnea de reposo
 - ✓ Síncope
 - ✓ Hiper o HipoTA grave
 - ✓ Cortejo vegetativo
 - ✓ Arritmias.

¡¡PUEDE SER COMPLETAMENTE NORMAL!!

DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- **ECG 12 derivaciones (< 10 minutos, con y sin dolor, seriados):**
 - ✓ Cambios en el segmento ST.
 - ✓ Alteraciones en la onda T (2 ó más derivaciones contiguas)
 - ✓ Onda Q patológicas.
- **Rx Tórax.**
- **AS: BQ (CK y TnT), Hemograma y Coagulación.**



SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Tabla 4. Índice UDT-65 para la clasificación del dolor torácico agudo en Atención Primaria

El índice UDT-65 explora las siguientes variables:

- Uso de aspirina
- Diabetes
- Tipicidad del dolor torácico
- 65 o más años

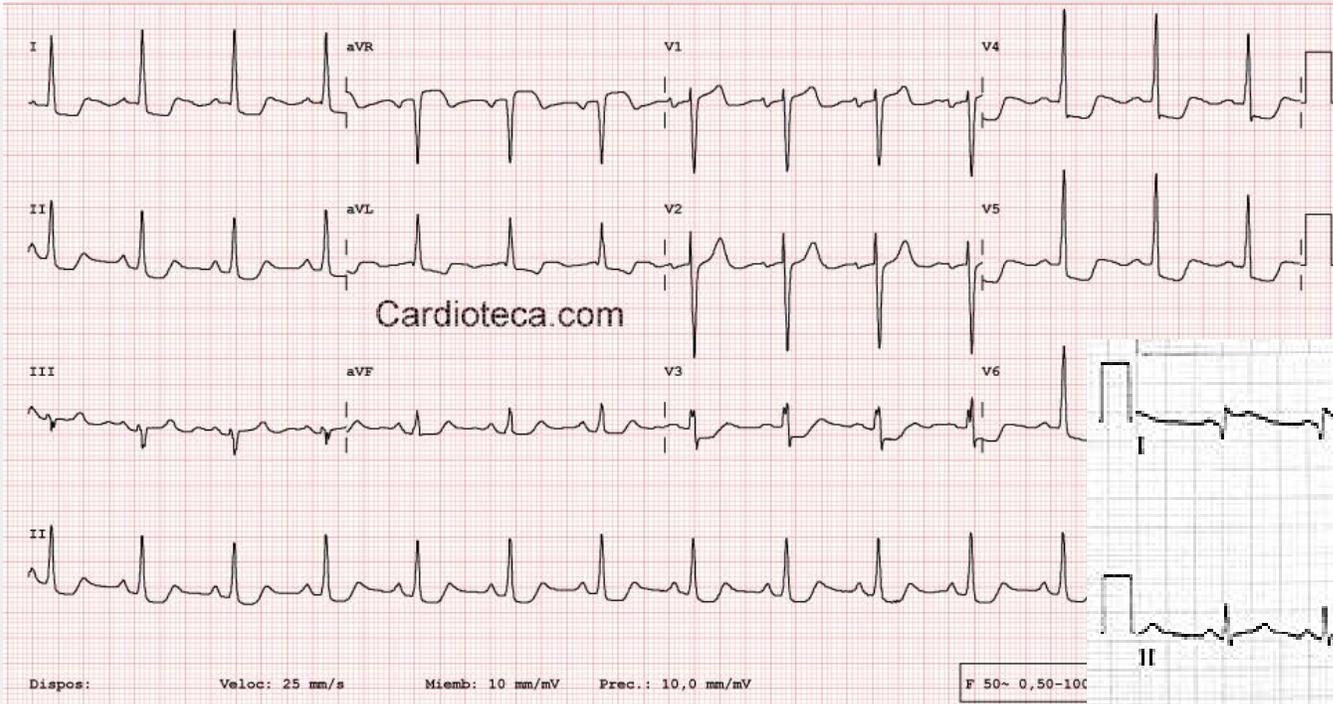
Valoración: la presencia de cualquiera de estas características suma 1 punto a la puntuación total (de 0 a 4).

¡¡ECG NORMAL NO EXCLUYE UN SCA!!

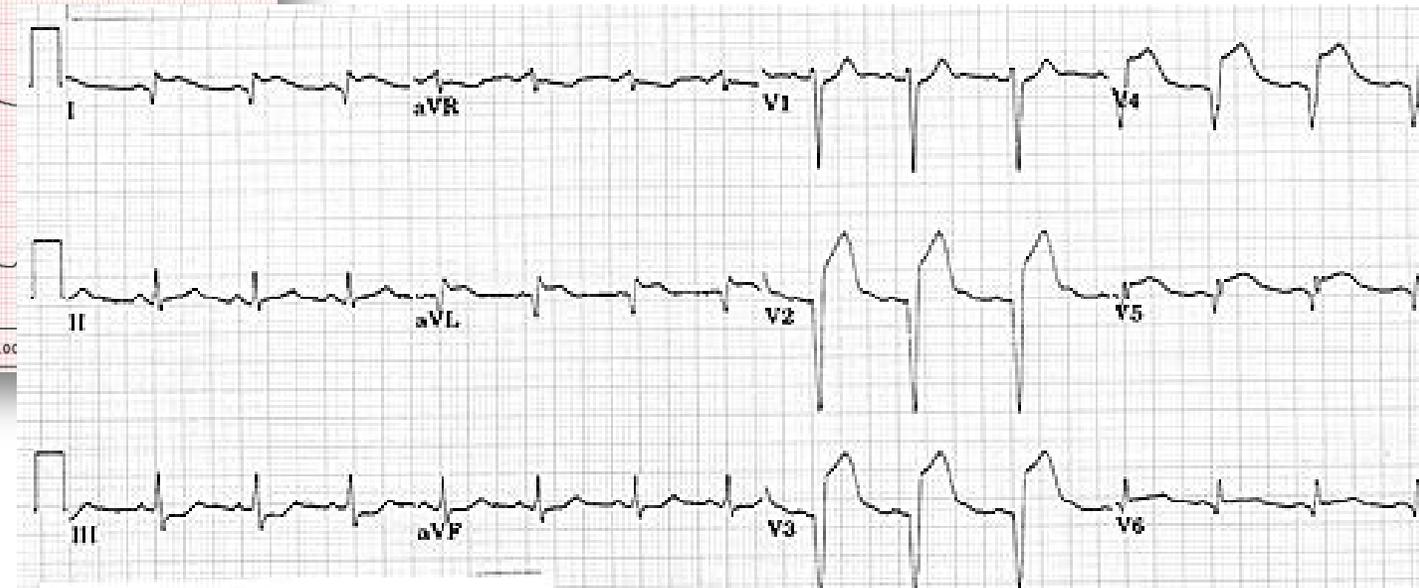
DOLOR TORÁCICO AGUDO

DESCENSO ST

DIAGNÓSTICO



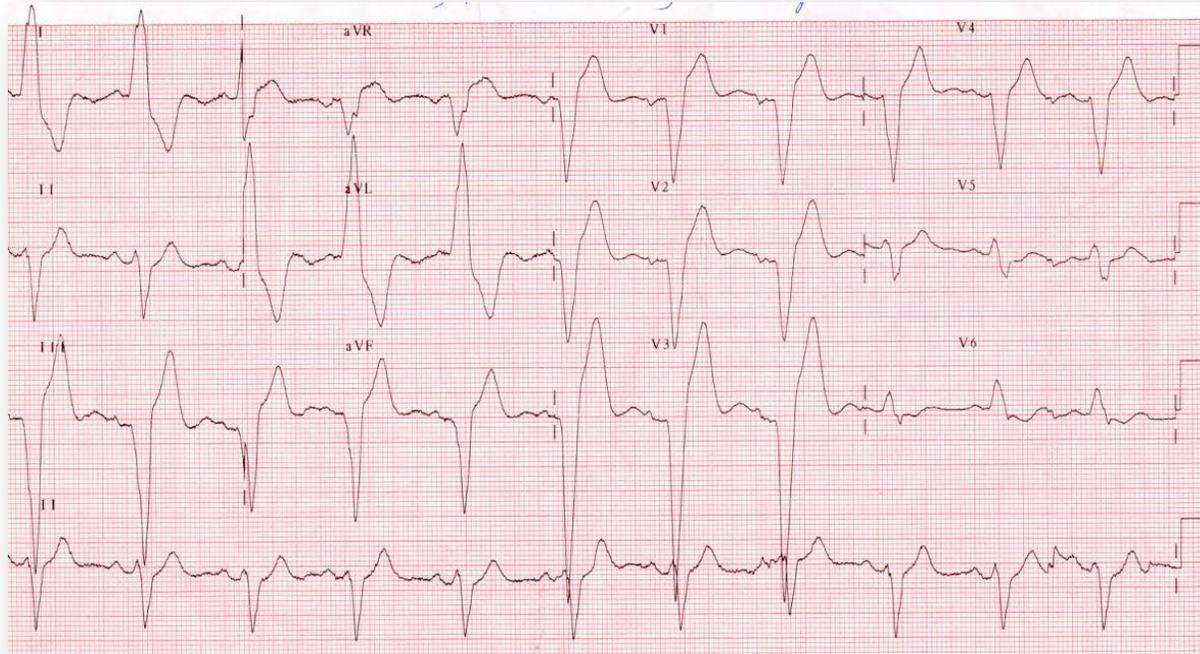
ELEVACIÓN ST



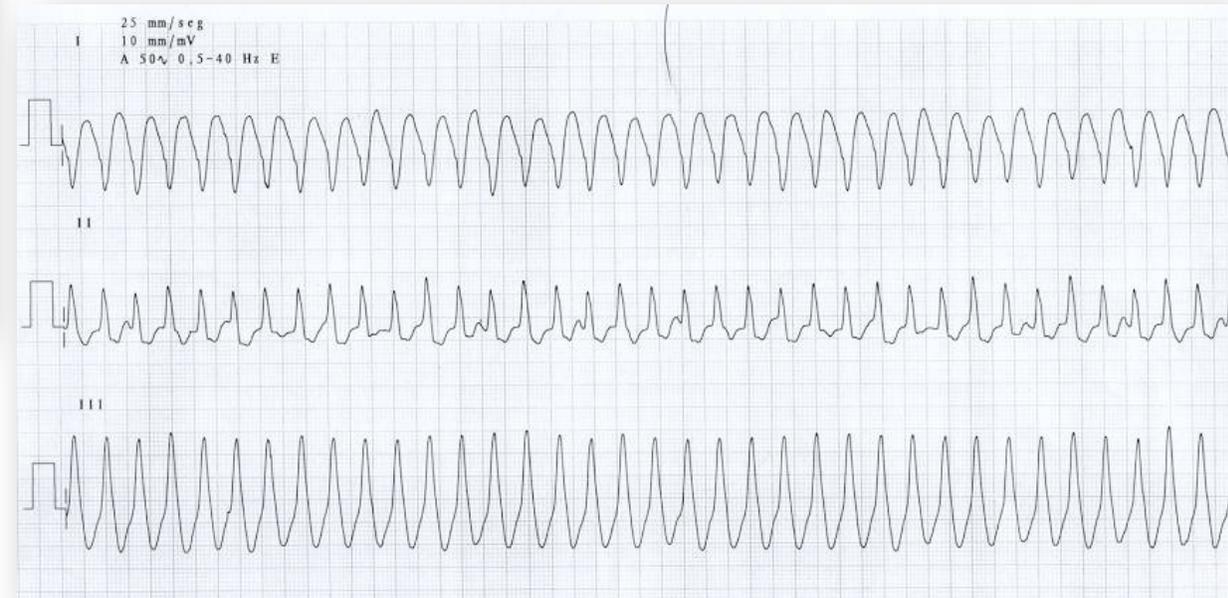
DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO

BLOQUEO RI

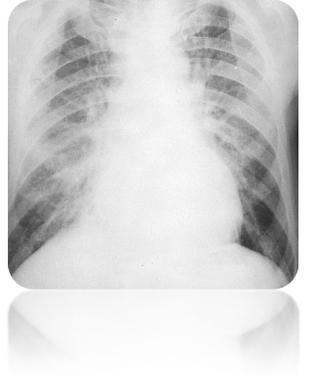


TV



DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO



RX TORAX

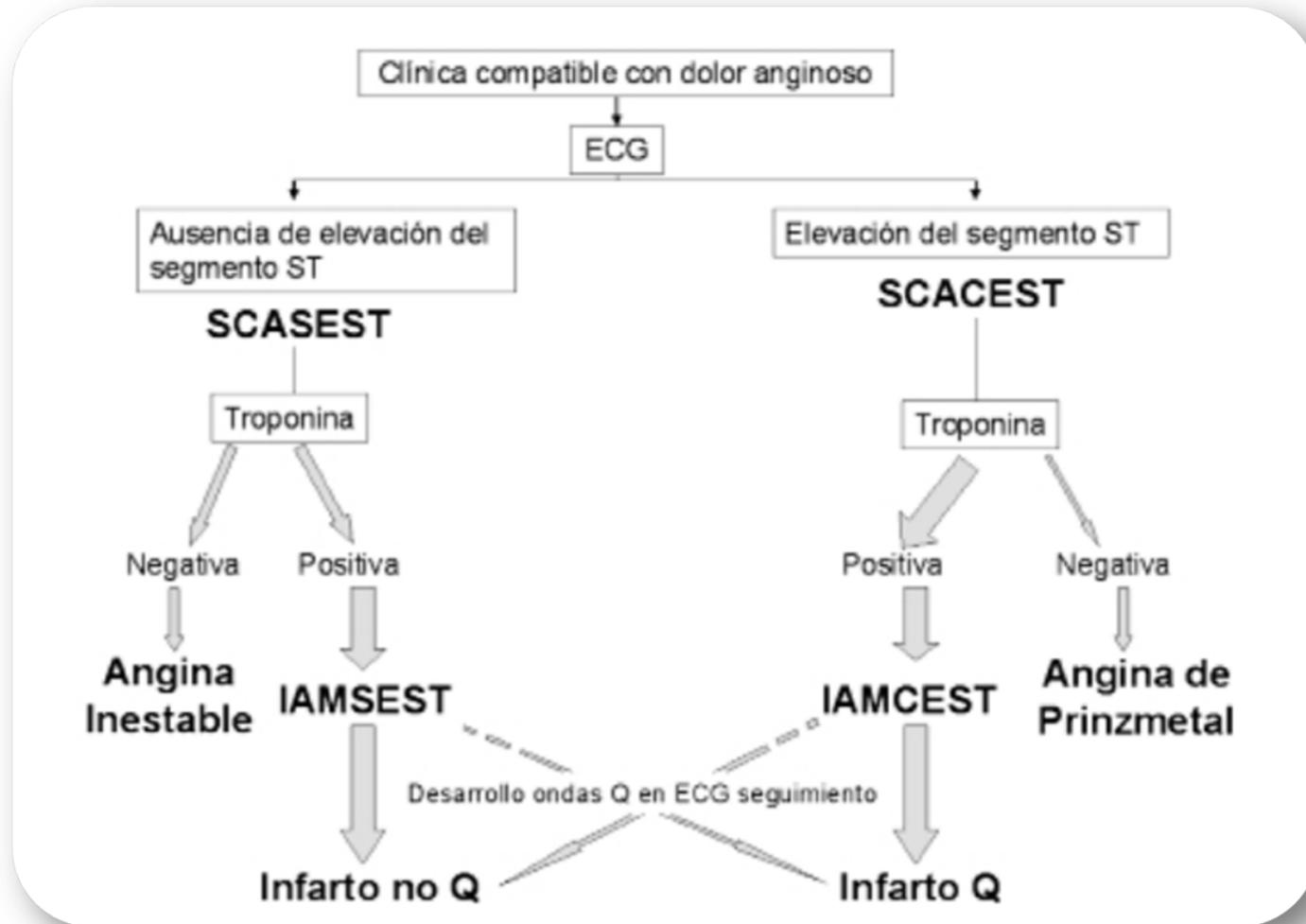
- ✓ Cardiomegalia

- ✓ Signos de IC

- ✓ Descartar otras causas de dolor torácico:
 - Derrame pleural
 - TEP
 - Fracturas costales
 - Ensanchamiento mediastínico (Aneurisma Ao)
 - Neumotórax, etc.

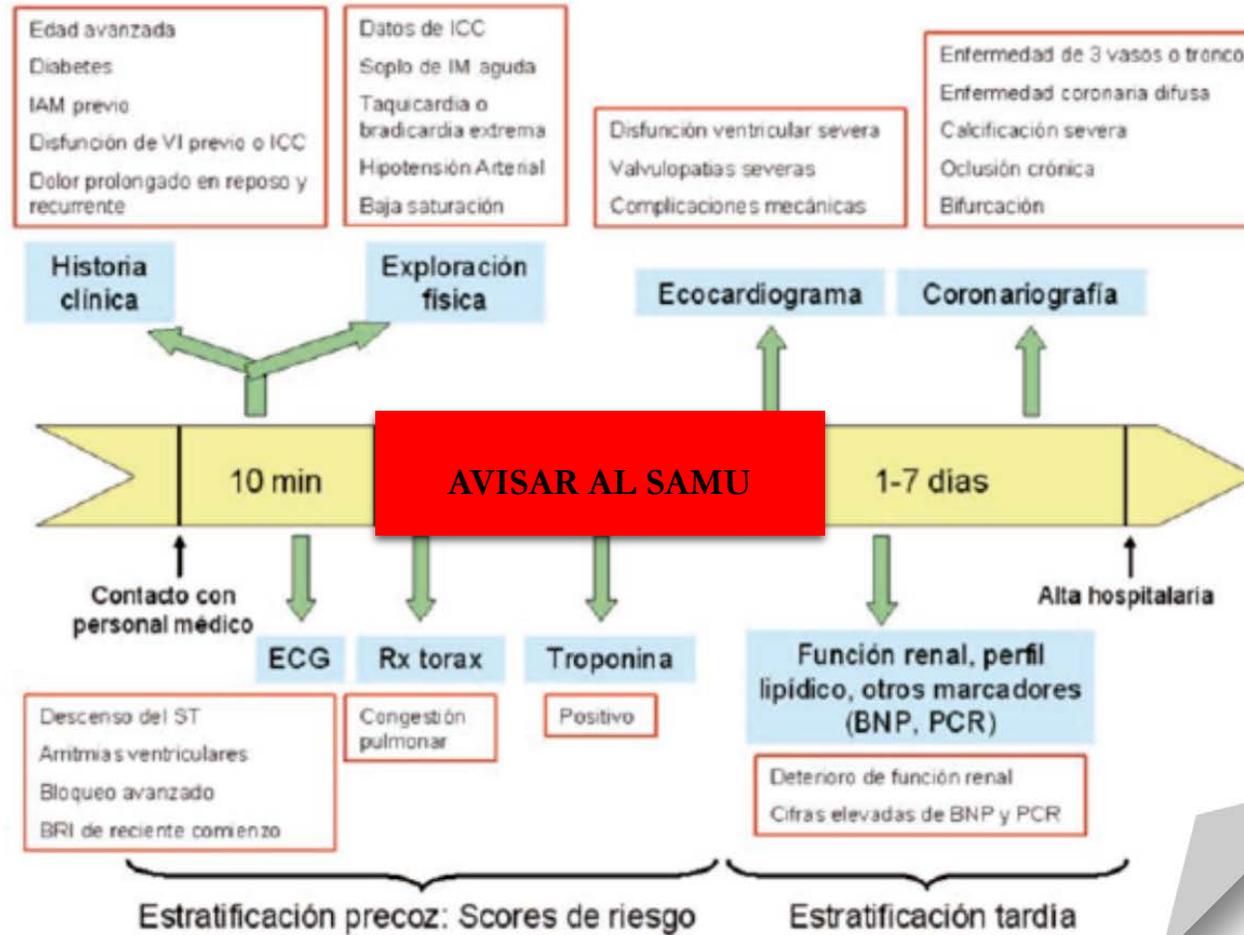
DOLOR TORÁCICO AGUDO

DIAGNÓSTICO

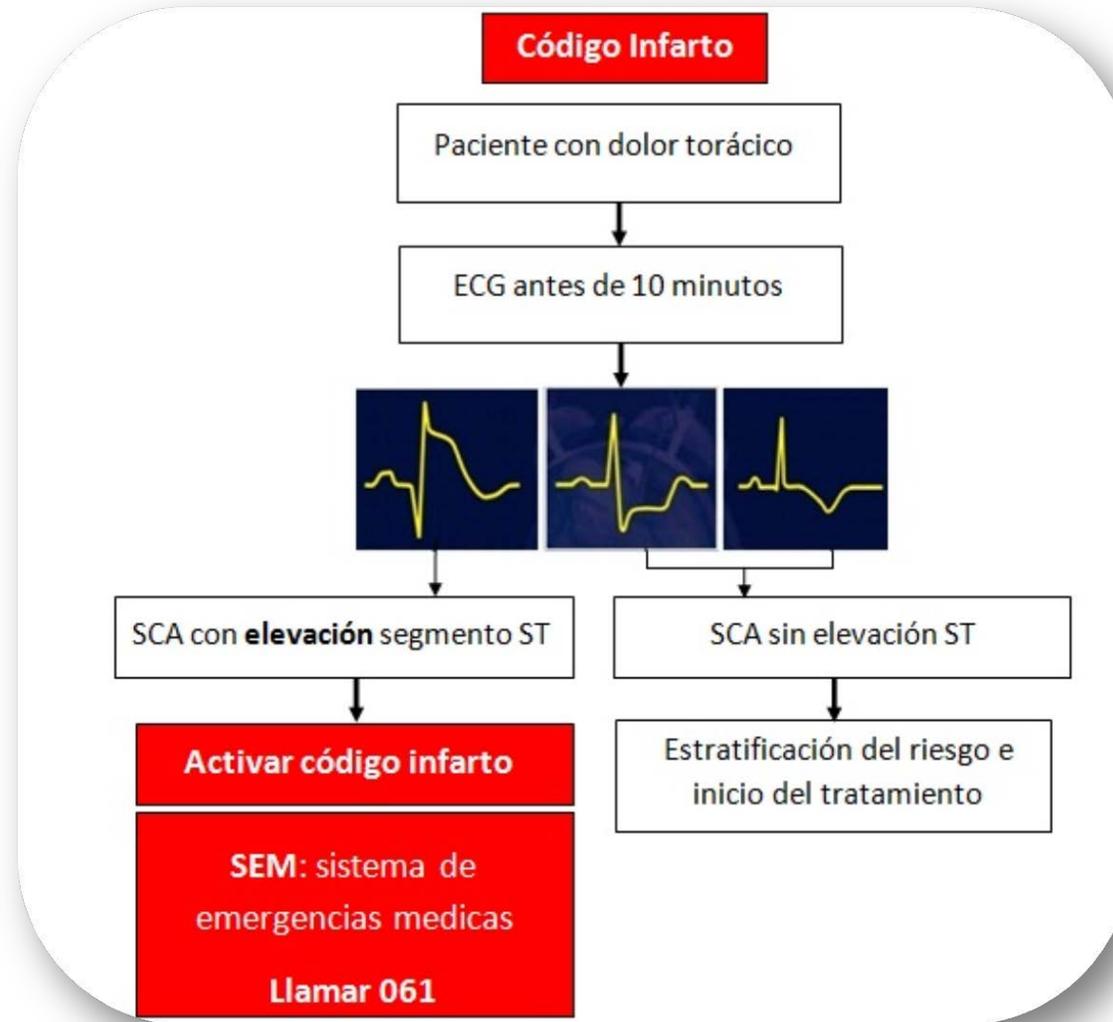


DOLOR TORÁCICO AGUDO

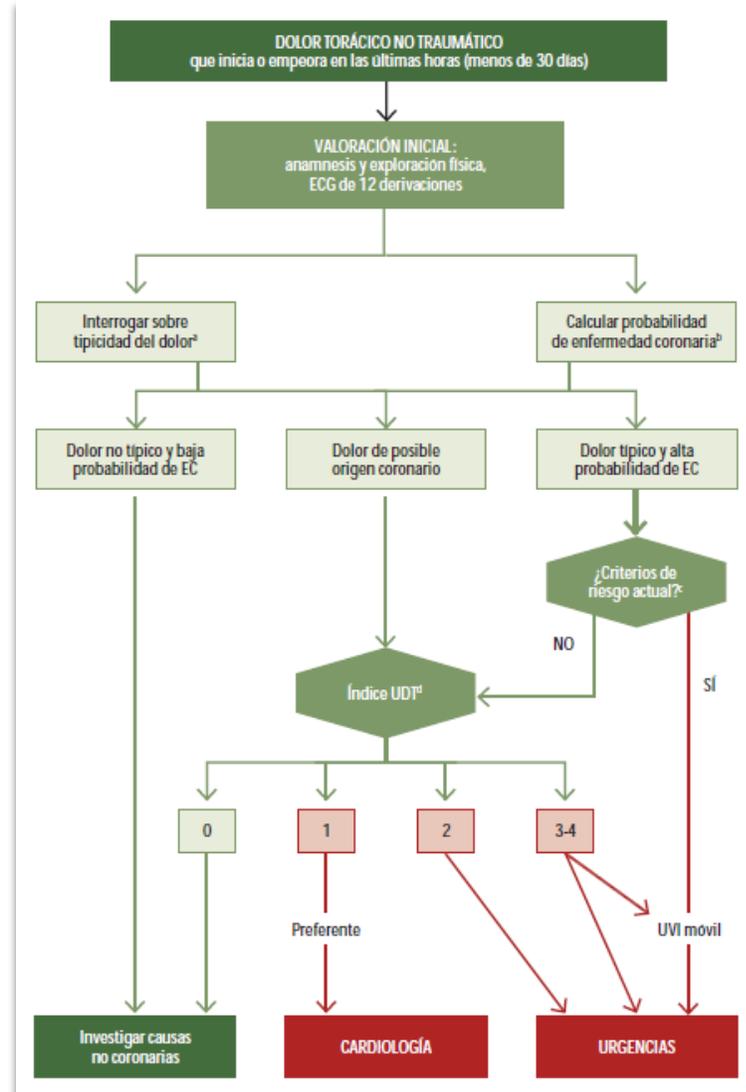
DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO



DOLOR TORÁCICO AGUDO



DOLOR TORÁCICO AGUDO



RED ACERCAP_CV

1er. Programa de Formación Teórico-Práctico con visión integradora entre
Cardiología y Atención Primaria



Dolor torácico crónico no traumático

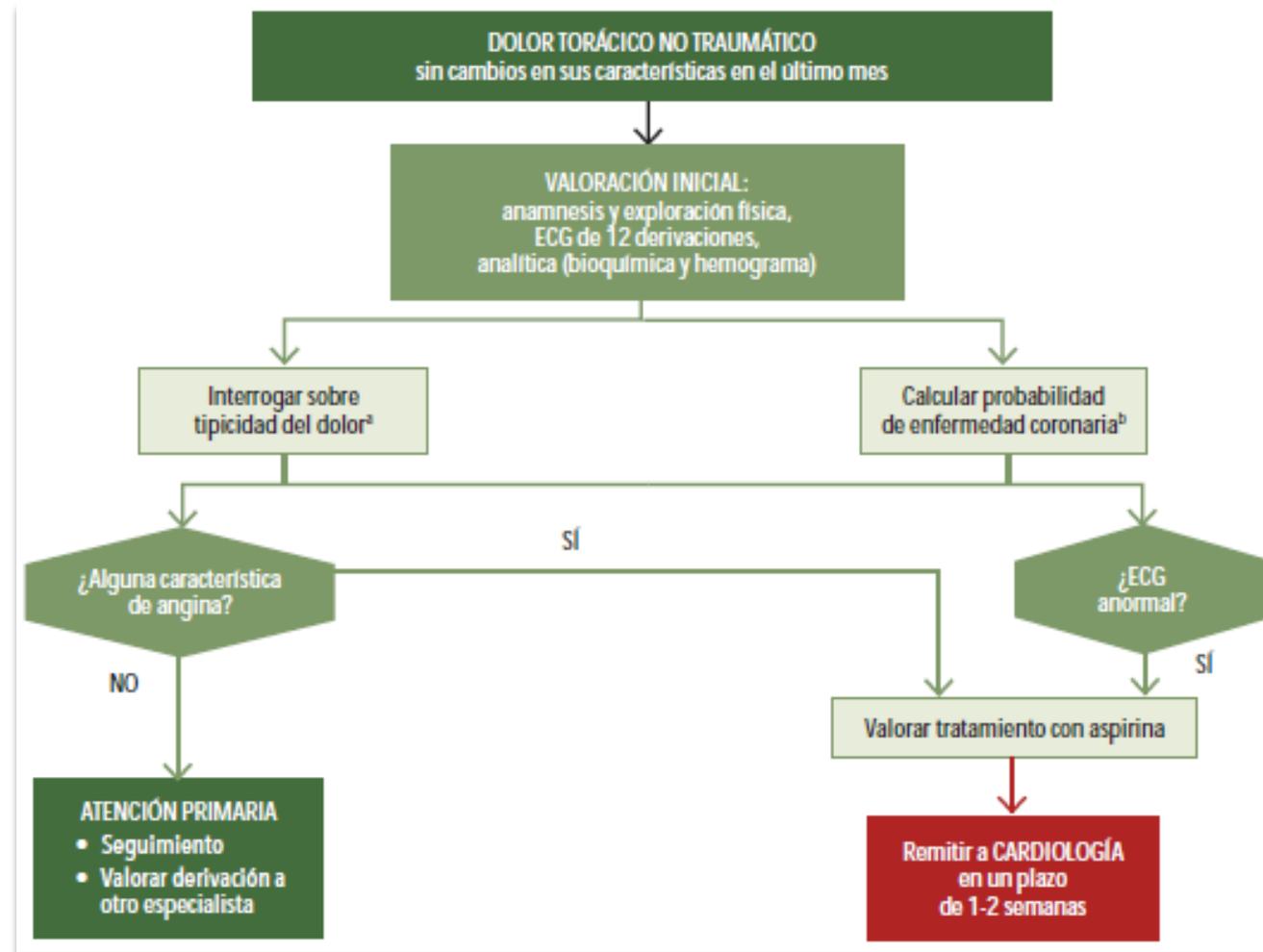
DOLOR TORÁCICO CRÓNICO NO TRAUMÁTICO

- Síntoma común en la consulta de Atención Primaria.

- 1º. Historia clínica.
- 2º Exploración física.
- 3º. Exploraciones complementarias.

Más importante

DOLOR TORÁCICO CRÓNICO NO TRAUMÁTICO



DOLOR TORÁCICO CRÓNICO NO TRAUMÁTICO

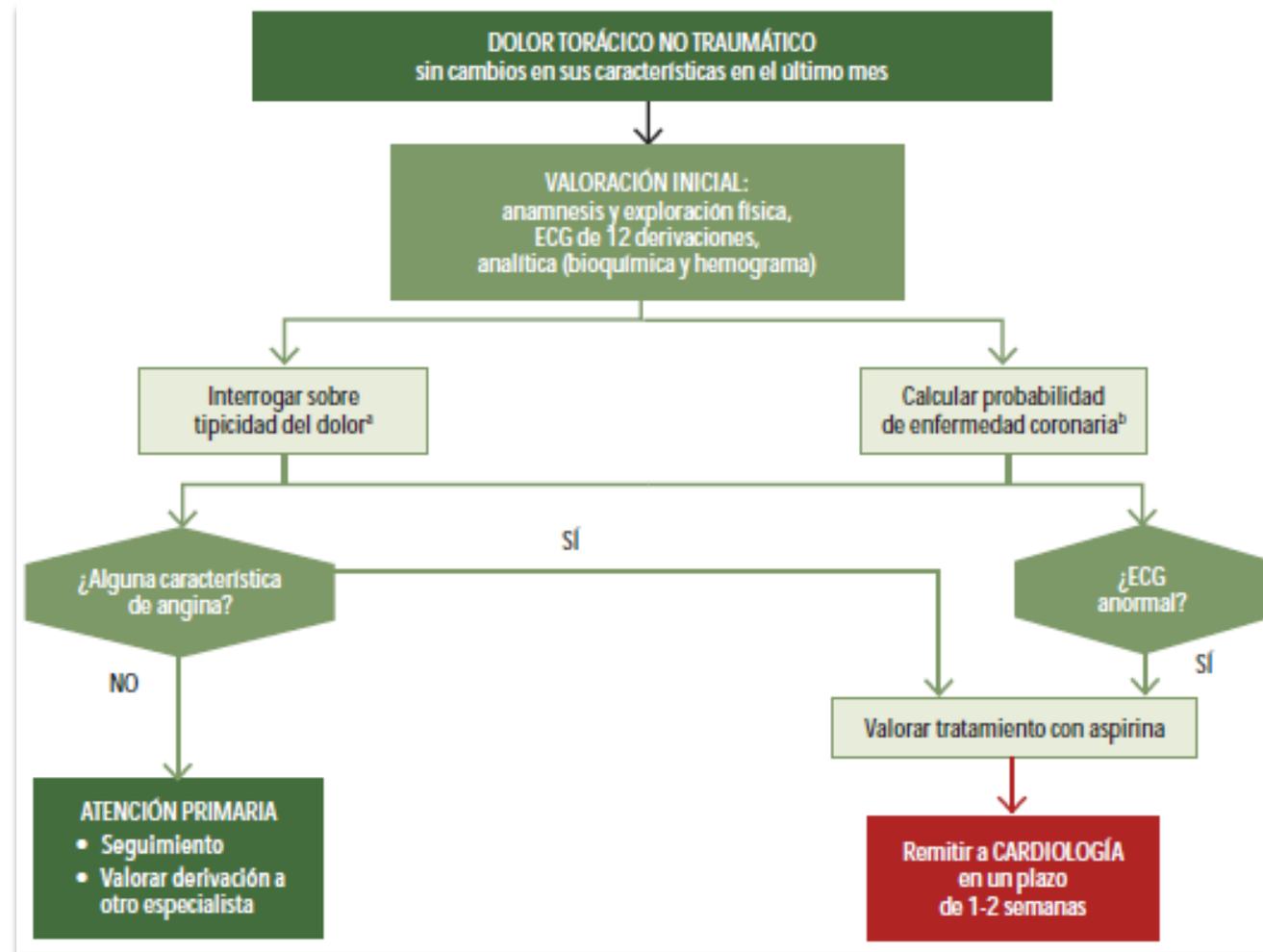
- Presencia de Cardiopatía isquémica:

- ✓ E (81%): 2 puntos.

- ✓ S (87%): 3-5 puntos.

- Relación edad/sexo (hombres \geq 55 años; mujeres \geq 65 años).
- Enfermedad vascular conocida.
- El paciente refiere dolor de origen cardíaco.
- El dolor se acentúa durante el ejercicio.
- No es reproducible en la palpación.

DOLOR TORÁCICO CRÓNICO NO TRAUMÁTICO



DOLOR TORÁCICO CRÓNICO NO TRAUMÁTICO

- ANGINA ESTABLE

Tabla 5. Características del angor estable y clasificación del dolor torácico crónico no traumático

Las tres características que apuntan a la presencia de angor estable son: <ul style="list-style-type: none">• Dolor opresivo retrosternal con irradiación típica (brazos, cuello, etc.)• Provocado por el esfuerzo o tensión emocional• Se alivia con el reposo o con nitroglicerina
En función de estas características, se clasifica: <ul style="list-style-type: none">• Angina típica: cumple las tres características• Angina atípica: cumple dos características• Dolor inespecífico o no coronario: cumple una o ninguna característica

Tabla 6. Clasificación de la gravedad de la angina según la Canadian Cardiovascular Society

Clase I	La actividad física habitual, como caminar y subir escaleras, no produce angina. Aparece angina con ejercicio extenuante, rápido o prolongado durante el trabajo o el ocio
Clase II	Ligera limitación de la actividad habitual. Aparece angina al caminar o subir escaleras rápidamente, caminar o subir escaleras después de las comidas, con frío, viento o estrés emocional, o solo a primera hora de la mañana; al caminar más de dos manzanas ³ en terreno llano o subir más de un piso de escaleras a paso normal y en condiciones normales
Clase III	Marcada limitación de la actividad física habitual. Aparece la angina al caminar una o dos manzanas en terreno llano o subir un piso de escaleras en condiciones y paso normales
Clase IV	Incapacidad para desarrollar cualquier actividad física sin angina. El síndrome anginoso puede estar presente en reposo

DOLOR TORÁCICO CRÓNICO NO TRAUMÁTICO

ANGINA ESTABLE

ANGINA INESTABLE

URGENCIAS

Tipo	Características
Angina de reposo	Dolor de naturaleza y localización características, pero que ocurre en reposo y durante periodos de hasta 20 min
Angina de nueva aparición	Episodio reciente de angina moderada-grave de nueva aparición (clase II-III de la CCS)
Angina <i>in crescendo</i> o que aumenta rápidamente	En pacientes con cardiopatía isquémica estable, dolor torácico que aumenta progresivamente de gravedad e intensidad con un umbral más bajo de esfuerzo (como mínimo clase III de la CCS) durante un periodo corto, de 4 semanas o menos.

CASOS CLÍNICOS

Hombre

60 años

DM, HTA, Obeso, fumador

Dolor retroesternal opresivo, irradiado a parte interna de brazo izdo

3 horas evolución

Sudoroso, pálido



CASOS CLÍNICOS



- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
1. Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST: Angina Inestable.
 2. Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST.
 3. Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST: IAM no Q.
 4. Disección de Aorta.

Tabla 2. Clasificación de Geleijnse modificada para dolor precordial sospechoso de enfermedad coronaria

		Puntos
Localización	Subesternal	+3
	Precordial	+2
	Cuello, mandíbula, epigastrio	+1
	Apical	-1
Irradiación	Cualquier brazo	+2
	Hombro, espalda, nuca, mandíbula	+1
Características	Fuertemente opresivo	+3
	Pesadez, opresión	+2
	Punzante, pinchazo	-1
Gravedad	Grave	+2
	Moderado	+1
Influenciado por	Nitroglicerina	+1
	Posición	-1
	Respiración	-1
Síntomas asociados	Disnea	+2
	Náuseas o vómitos	+2
	Sudoración	+2
	Historia de angina de esfuerzo	+3

Sospecha de enfermedad coronaria: > 6 puntos

El índice UDT-65 explora las siguientes variables:

- Uso de aspirina
- Diabetes
- Tipicidad del dolor torácico
- 65 o más años

Tabla 3. Probabilidad de enfermedad coronaria de acuerdo con las características clínicas

Edad	Angina típica		Angina atípica		Dolor no anginoso	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	69	37	54	24
70-79	89	68	69	37	54	24
≥ 80	93	76	78	47	65	32

Probabilidad < 15%. No precisan estudios adicionales.
 Probabilidad 15-65%. Susceptibles de estudios diagnósticos.
 Probabilidad > 65%.
 Probabilidad > 85%. Se acepta el origen coronario del dolor.

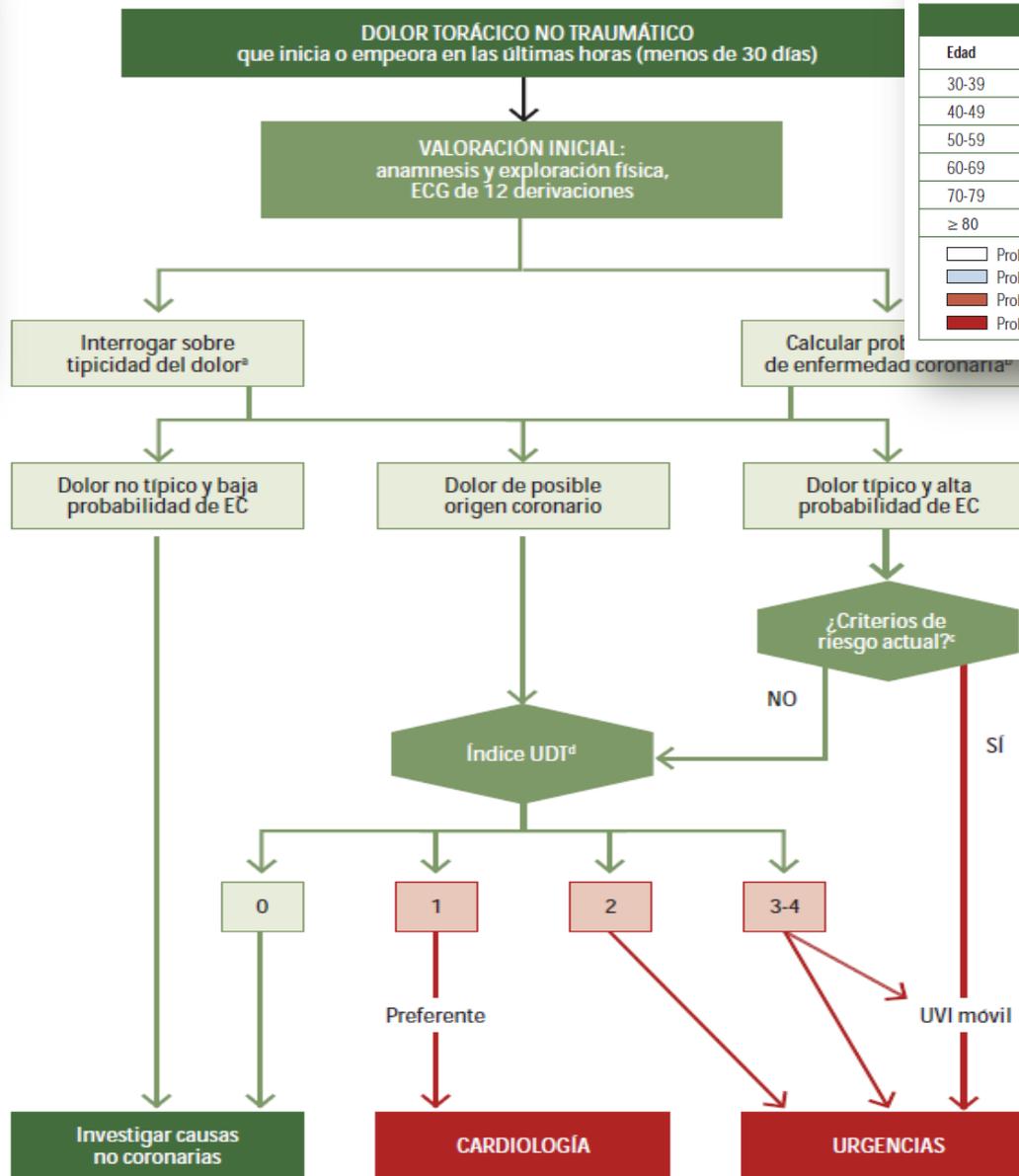
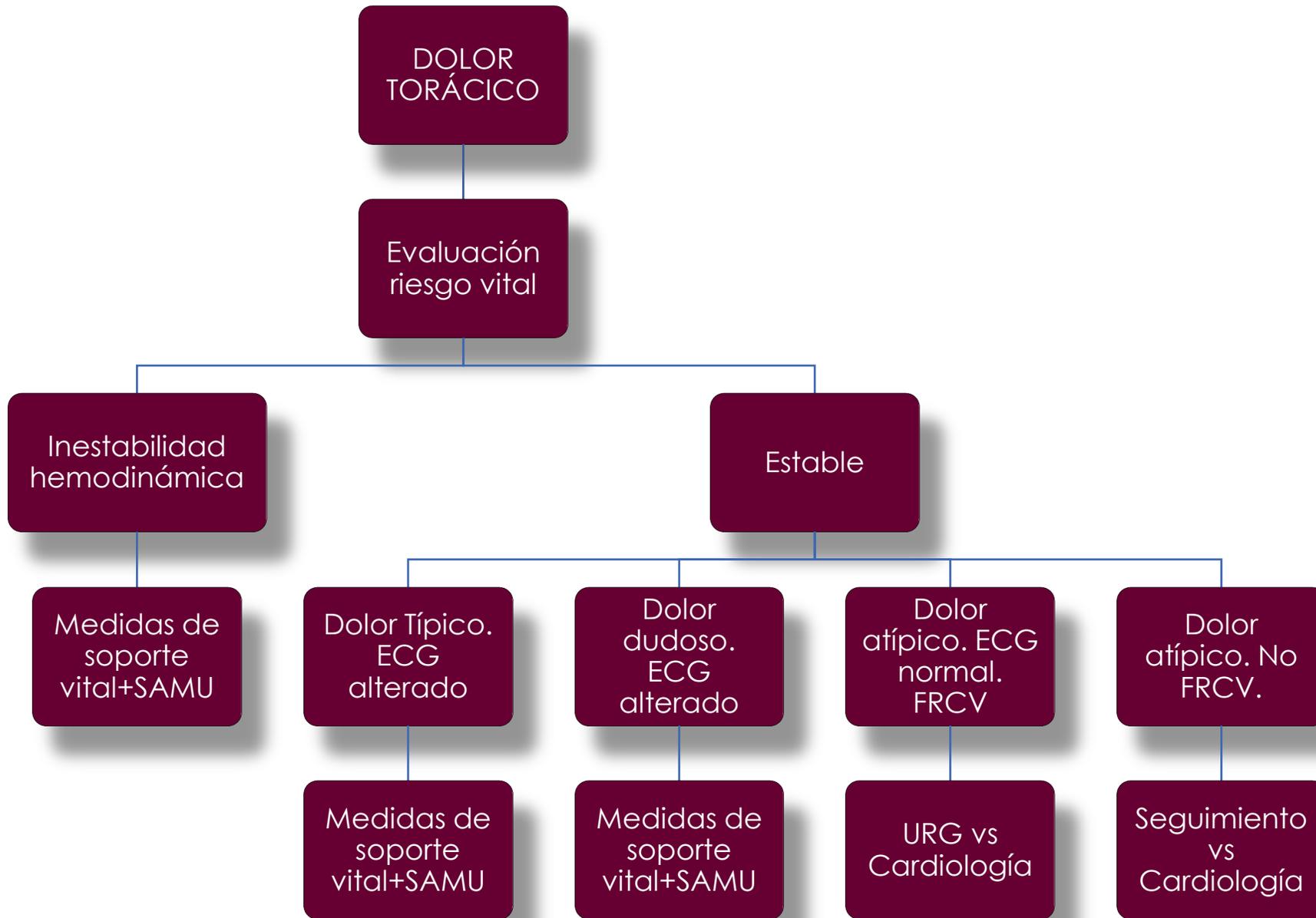


Figura 1. Algoritmo de evaluación y toma de decisiones en paciente ambulatorio con dolor torácico agudo no traumático





**Dolor osteomuscular:
Analgesia y alta**



**Dolor atípico, sin FRCV, ECG normal:
Alta vs Cardiólogo**



**Dolor atípico pero múltiples FRCV / antec. de CI,
ECG normal, enzimas -:
Seriar enzimas y ECG, plantear ergometría**



**Dolor típico con ECG normal y enzimas -:
Ingreso en Cardiología para seriar enzimas / ECG y
plantear ergometría**



**Dolor típico con ECG anormal o enzimas +:
Ingreso en UCI / Cardiología en función del riesgo**

CASOS CLÍNICOS

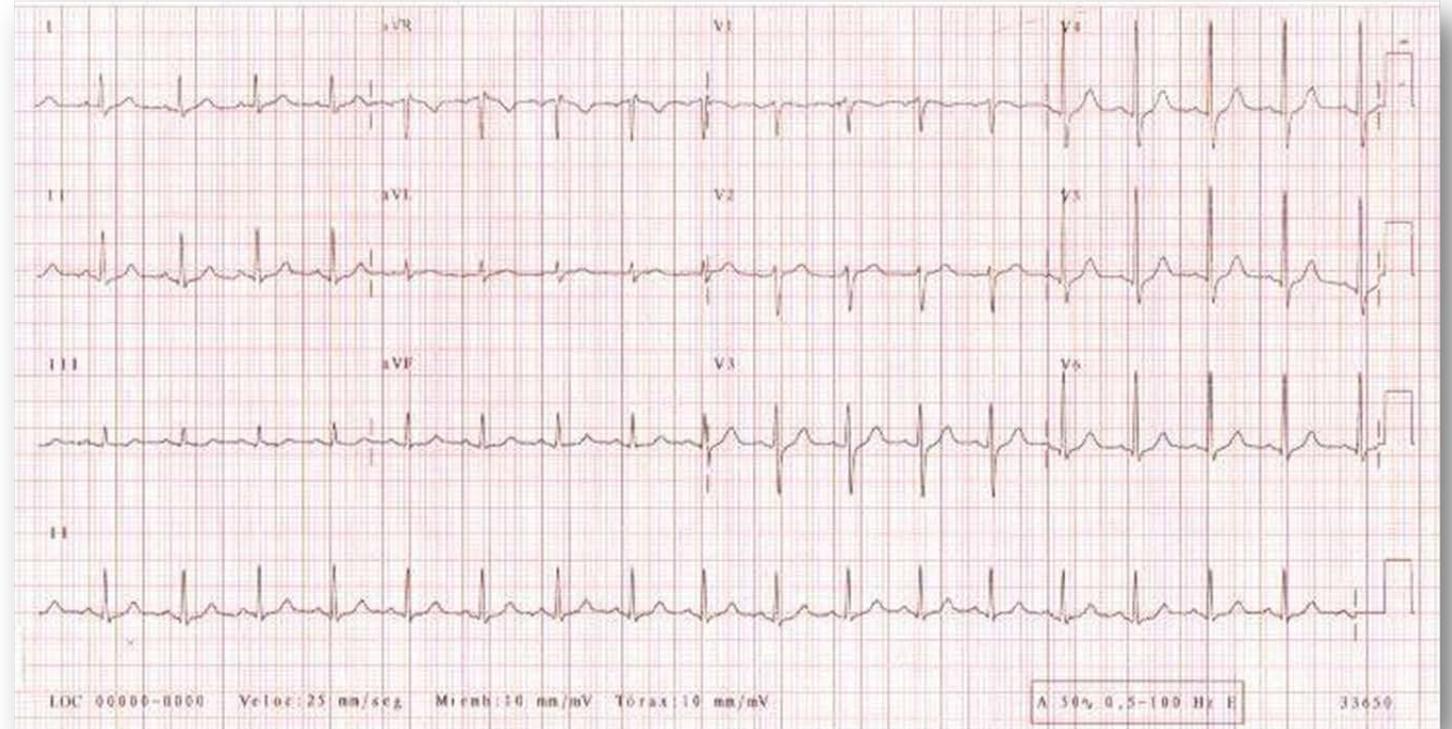
Mujer

54 años

HTA, , no DM ni DLP. Obesidad mórbida, insuficiencia venosa

Dolor torácico en hemitórax izquierdo intermitente de 2 días de evolución y disnea de moderados esfuerzos habitual en ella. Irradia a hombro izquierdo. Sin cortejo acompañante. No sabe precisar si mejora con los cambios de postura.

TA 145/65 mmHg. Fc 110 lpm. Eupneica Sat O2 95%



CASOS CLÍNICOS

Mujer

54 años

HTA, , no DM ni DLP. Obesidad mórbida, insuficiencia venosa

Dolor torácico en hemitórax izquierdo intermitente de 2 días de evolución y disnea de moderados esfuerzos habitual en ella. Irradia a hombro izquierdo. Sin cortejo acompañante. No sabe precisar si mejora con los cambios de postura.

TA 145/65 mmHg. Fc 110 lpm. Eupneica Sat O2 95%

✓ Rx Tórax:



- ✓ AS: Hemograma normal, Leucocitosis. Coagulación: D-dímero 20 mcg/mL.
- ✓ GA: pH 7.38, pO2 62, pCO2 26, Bicarbonato 32

CASOS CLÍNICOS



- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST.

2. Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST.

3. Disección de Aorta.

4. Tromboembolismo pulmonar.

Tabla 2. Clasificación de Geleijnse modificada para dolor precordial sospechoso de enfermedad coronaria

		Puntos
Localización	Subesternal	+3
	Precordial	+2
	Cuello, mandíbula, epigastrio Apical	+1 -1
Irradiación	Cualquier brazo	+2
	Hombro, espalda, nuca, mandíbula	+1
Características	Fuertemente opresivo	+3
	Preciso, opresivo	+2
	Punzante, pinchazo	-1
Gravedad	Grave	+2
	Moderado	+1
Influenciado por	Nitroglicerina	+1
	Posición	-1
	Respiración	-1
Síntomas asociados	Dínea	+2
	Náuseas o vómitos	+2
	Sudoración	+2
	Historia de angina de esfuerzo	+3

Sospecha de enfermedad coronaria: > 6 puntos

Clasificación Geleijnse: 5

Tabla 3. Probabilidad de enfermedad coronaria de acuerdo con las características clínicas

Edad	Angina típica		Angina atípica		Dolor no anginoso	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49				14	25	8
50-59				20	34	12
60-69	64	58	69	37	54	24
70-79	89	68	69	37	54	24
≥ 80	93	76	78	47	65	32

Probabilidad < 15%. No precisan estudios adicionales.
 Probabilidad 15-65%. Susceptibles de estudios diagnósticos.
 Probabilidad > 65%.
 Probabilidad > 85%. Se acepta el origen coronario del dolor.

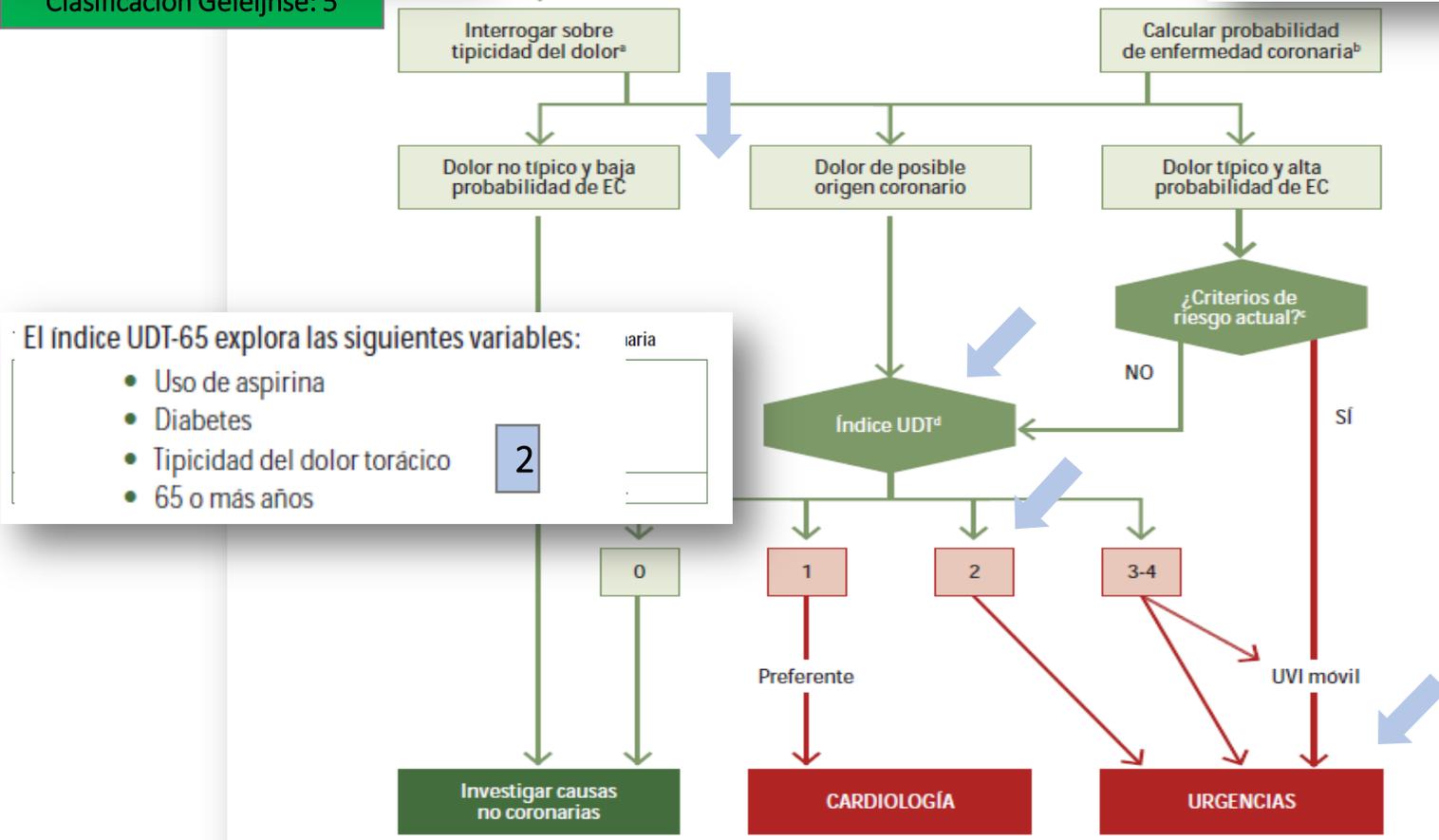
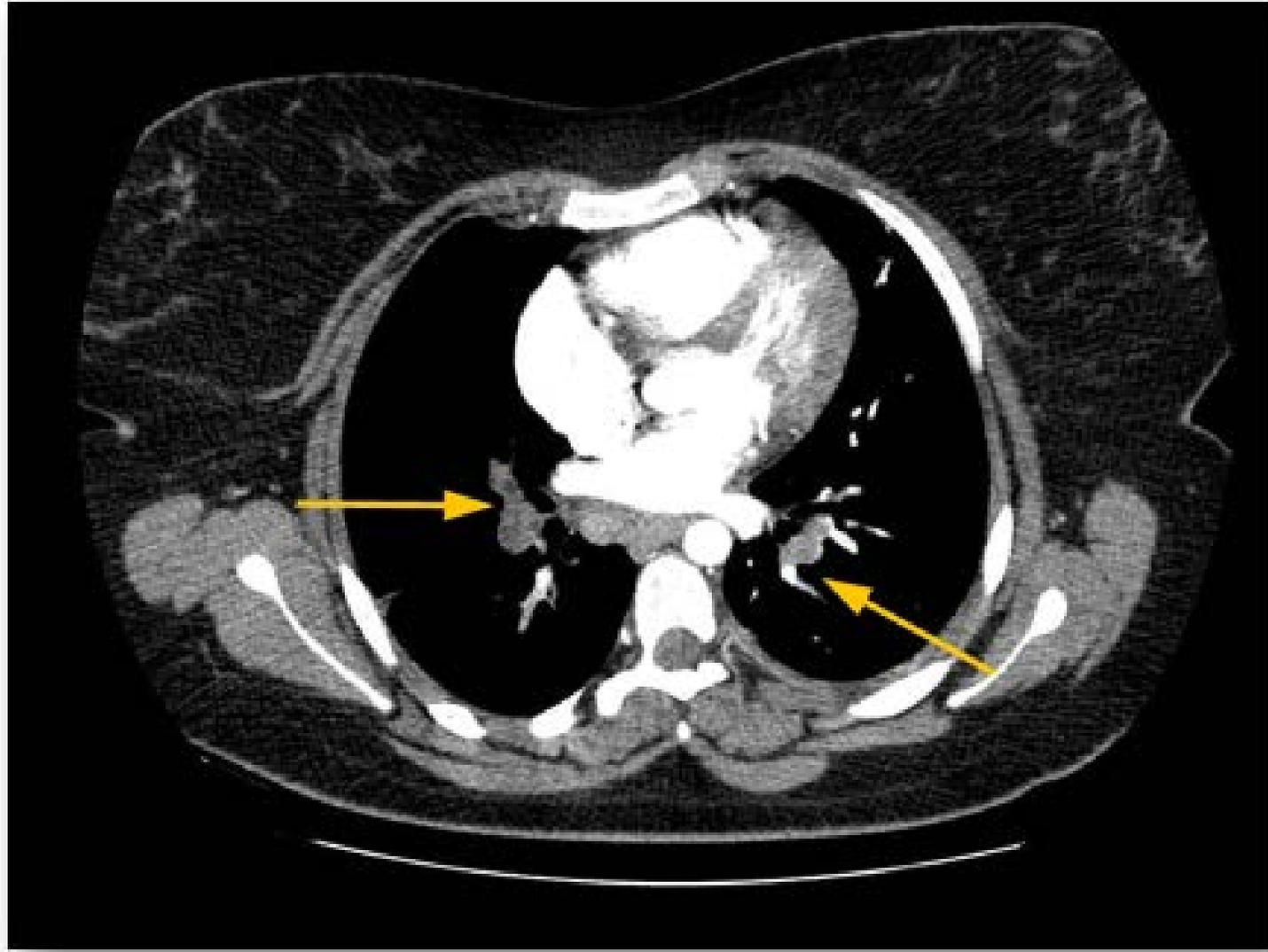


Figura 1. Algoritmo de evaluación y toma de decisiones en paciente ambulatorio con dolor torácico agudo no traumático



TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

 #Acercap_CV

CASOS CLÍNICOS

Hombre

63 años

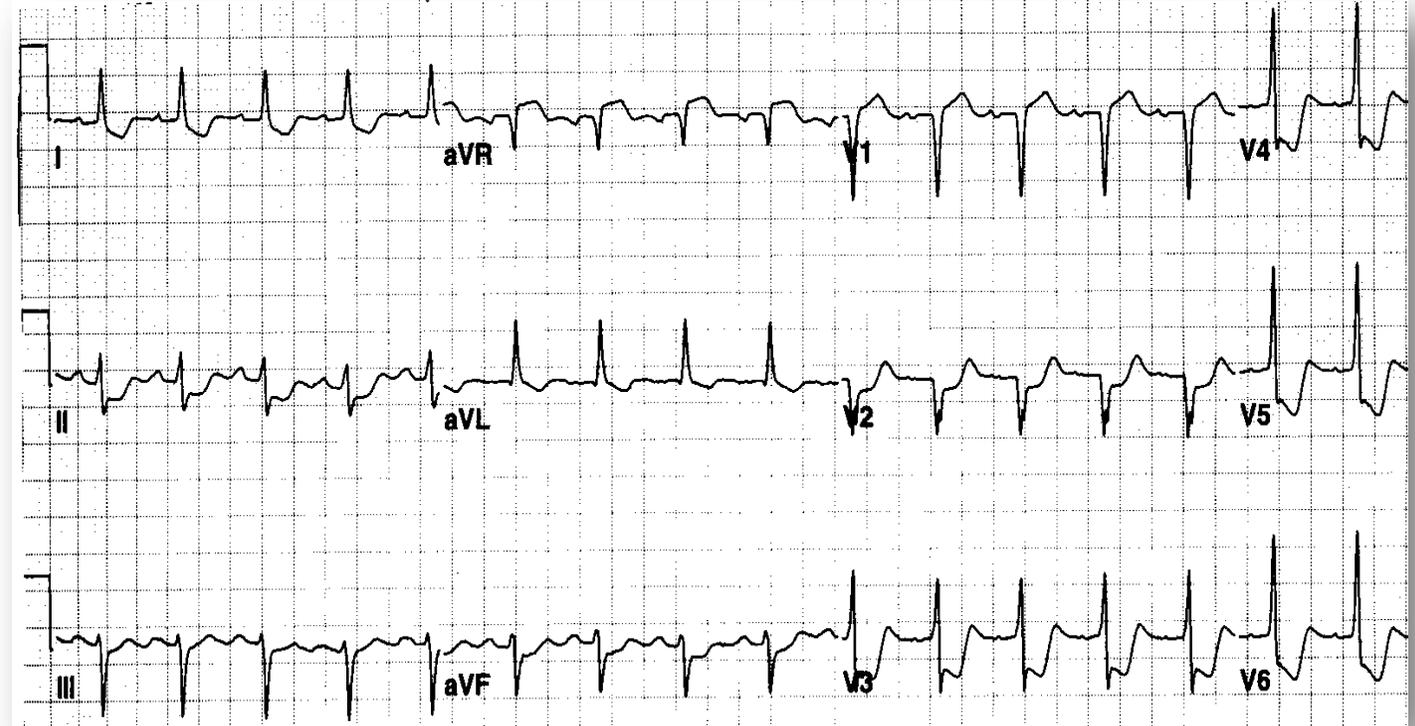
HTA, DM, Fumador.

C.I. Crónica: SCASEST hace 2 años: Stent en CX y CD. Lesión moderada en DAm.

Tto: Adiro 100 mg, emconcor 2,5 mg, Atorvastatina 20 mg, Metformina 850 mg/12h, ramipril 5 mg.

Dolor centrotorácico mal definido (punzante-opresión), que no ha cedido con 1 cop de CFN sl, de 6 h de duración. No irradiado. No cortejo vegetativo acompañante.

TA 135/85 mmHg. Fc 55 lpm. Sat O2 98%. Eupneico.



CASOS CLÍNICOS



- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST.

2. Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST.

3. Disección de Aorta.

4. Angina de Esfuerzo.

CASOS CLÍNICOS



- Tratamiento:

1. Monitorización ECG, TA y Sat O₂.
2. O₂ en gafas nasales 2-3 lpm (más si precisa).
3. Alivio del dolor isquémico: CFN sl, NTG, Morfina.
4. Reposo absoluto en cama.
5. Vía periférica, fluidoterapia.
6. AAS (150-300 mg) + 2º antiagregante (Ticagrelor, Clopidogrel).

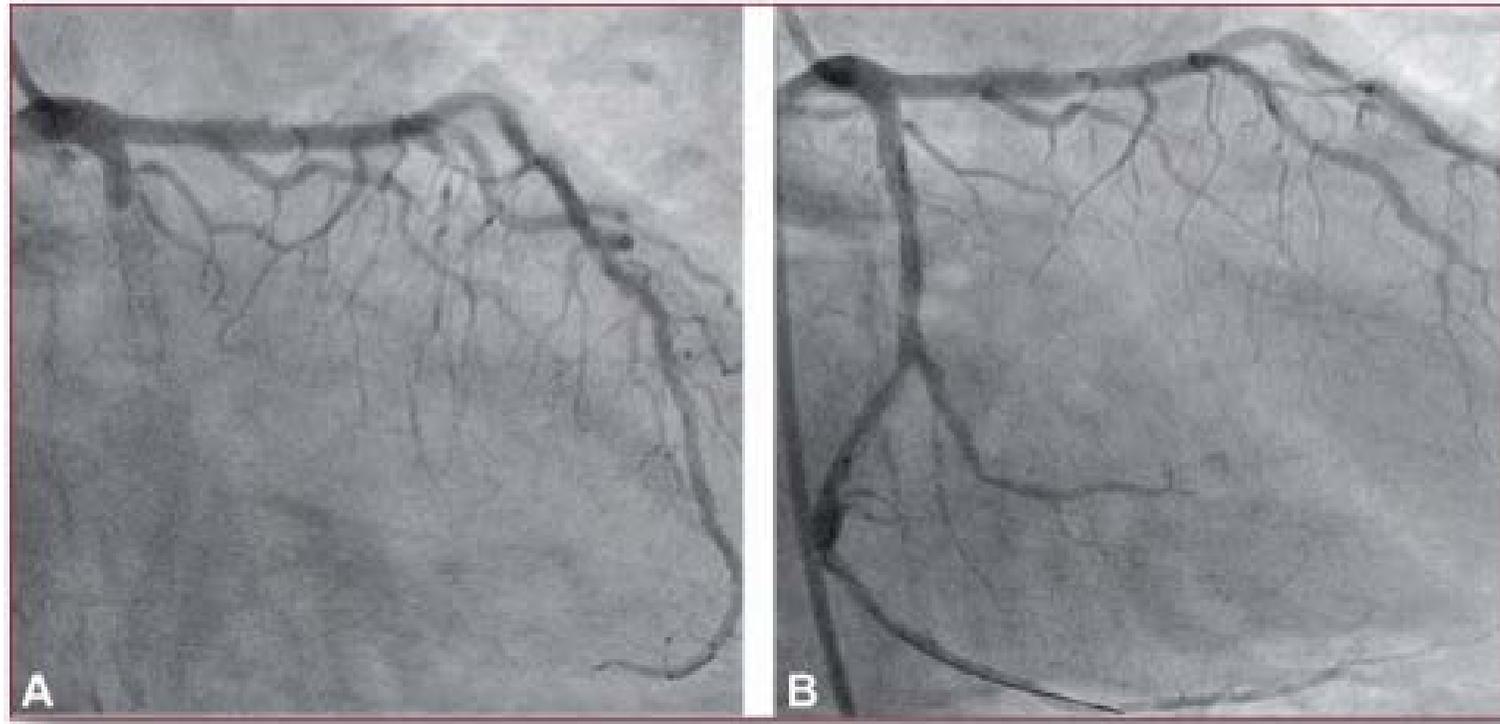
CASOS CLÍNICOS



SAMU



Traslado a
URG



CASOS CLÍNICOS

CONSEJOS



ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

1. Tener en mente las posibles patologías que lo puedan producir según el perfil del paciente (edad, factores riesgo, sexo...).
2. Apoyarse en una buena historia clínica, dirigida a definir lo más posible las características del dolor.
3. Tener en cuenta los FRCV.
4. ECG siempre, Rx tórax si es posible.
5. Obligación de conocer las medidas de soporte hemodinámico iniciales.
6. Tener claro el procedimiento a seguir: Alta, Cardiólogo, URG, SAMU...

SEC y SEMG crean Appteca: una biblioteca de aplicaciones móviles para la práctica clínica habitual.



The screenshot displays the Appteca website. At the top left is the Appteca logo, a red heart with a white cross, followed by the text 'APPTECA Biblioteca de Apps de Cardiología'. To the right, it states 'Un proyecto de SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología' and 'SEMIG', and 'Con el patrocinio de' followed by 'GRUPO MENARINI'. A blue navigation bar contains the links: 'INICIO', 'PROYECTO', 'APPS', 'AUTORES', and 'CONTACTO'. The main content area features the title 'ECG práctico' and a paragraph describing the app's purpose for primary care and specialists. To the right, three smartphones show the app's interface, which includes an ECG rhythm strip and various data points. Navigation arrows are visible at the bottom right of the app preview.

APPTECA
Biblioteca de Apps de Cardiología

Un proyecto de
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología

SEMIG

Con el patrocinio de
GRUPO
MENARINI

INICIO PROYECTO APPS AUTORES CONTACTO

ECG práctico

Esta aplicación tiene como objetivo principal apoyar al médico de Atención Primaria y otros especialistas en la interpretación de una técnica diagnóstica de uso diario: el ECG. Ha sido desarrollada conjuntamente por un cardiólogo y un médico de familia para proporcionar una experiencia de uso adaptada a los usuarios según su nivel de conocimiento. Dentro de la misma se han incluido cálculos de utilidad en el día a día como el QT corregido o el eje eléctrico. Sobre todo, se ha intentado desarrollar una aplicación sencilla, accesible y de rápida utilización, que proporcione un apoyo a la toma de decisiones de forma inmediata y en tiempo real.

RED ACERCAP_CV

1er. Programa de Formación Teórico-Práctico con visión integradora entre
Cardiología y Atención Primaria



Disnea

DISNEA

- Es la sensación subjetiva de falta de aire y/o percepción de dificultad para respirar por parte del paciente.
- Doblemente subjetivo: por el paciente y por el médico.
- Escala New York Heart Association (NYHA):

Grado I	Se presenta ante grandes esfuerzos que superan la actividad habitual del individuo, como correr o subir escaleras.
Grado II	Ocurre ante la ejecución de moderados esfuerzos, como caminar a paso normal.
Grado III	Se presenta por esfuerzos mínimos, como bañarse, vestirse, comer.
Grado IV	Se presenta aun en reposo.

DISNEA

Tabla 1. Causas principales de disnea

Causas cardíacas:

- Disfunción ventricular sistólica o diastólica
- Isquemia miocárdica aguda o crónica
- Bradiarritmias o taquiarritmias
- Valvulopatías, miocardiopatías

Causa pulmonar:

- Obstrucción de las vías respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obstrucción de la vía aérea superior)
- Enfermedad pulmonar restrictiva (patología intersticial, ocupación pleural, obesidad grave, debilidad de los músculos respiratorios, cifoescoliosis, etc.)
- Embolismo pulmonar
- Neumonía, otras infecciones pulmonares
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto

Causas sistémicas:

- Hematológica (anemia)
- Metabólica (acidosis)
- Sepsis
- Patología tiroidea
- Enfermedades neurológicas o neuromusculares
- Insuficiencia renal o hepática avanzadas

Causa psicógena y otras causas:

- Cuadros de ansiedad y/o depresión
- Estrés postraumático
- Actividad física exigida superior a la condición física del paciente (determinada por el entrenamiento y la edad del paciente)³

2/3 pacientes

Valoración inicial:

- ✓ Gravedad
- ✓ Modo de presentación
- ✓ Velocidad de instauración
- ✓ Factores desencadenantes y agravantes.

Causas no patológicas:

- ✓ Sedentarismo
- ✓ Mala condición física
- ✓ Obesidad
- ✓ Edad avanzada

DISNEA

Tabla 2. Factores que orientan sobre la causa de la disnea (cardíaca o pulmonar)

Cardíaca	Respiratoria
<p>Antecedentes familiares Miocardiopatías</p> <p>Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de quimioterapia• Radioterapia torácica• Fiebre reumática/Chagas <p>Presencia de cardiopatía:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cardiopatía isquémica• Valvulopatía• Hipertensión arterial• Fibrilación auricular <p>Hábitos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Abuso de alcohol <p>Patologías asociadas</p> <ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus• Insuficiencia renal• Síndrome de apnea del sueño	<p>Hábitos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tabaquismo <p>Exposición:</p> <ul style="list-style-type: none">• Humos• Asbestos <p>Antecedentes respiratorios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bronquitis crónica• Enfisema• Asma• Tuberculosis• Neumonías• Derrames pleurales

DISNEA

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de la disnea: origen respiratorio o cardíaco

	Respiratoria	Cardíaca (IC)
Historia clínica	Larga y recurrente	Progresiva
Auscultación pulmonar	Roncus y sibilancias	Crepitantes
Auscultación cardíaca	Tonos apagados	Galope, soplos
Rx tórax, silueta cardíaca	Normal	Cardiomegalia
Rx tórax, parénquima pulmonar	Atrapamiento aéreo Patrón intersticial Lesiones residuales	Edema intersticial, edema alveolar
Rx tórax, vasos	Hipertensión pulmonar	Redistribución vascular Hipertensión veno- capilar
ECG	Sobrecarga cavidades derechas, bajo voltaje, BCRD	HVI, isquemia-necrosis, BCRI
Espirometría	Obstrucción	Normal o restricción leve
Mejoría clínica con diuréticos	-	+++
Respuesta a broncodilatadores	+++	-

BCRD: bloqueo completo de rama derecha; BCRI: bloqueo completo de rama izquierda; ECG: electrocardiograma; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; Rx: radiografía.

DISNEA

EVALUACIÓN

- ✓ Gravedad
- ✓ Modo de presentación
- ✓ Velocidad de instauración (aguda < 1 mes; crónica > 1 mes).
- ✓ Factores que la provocan o agravan

DISNEA

MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA

- ✓ Características
- ✓ Etiología:
 - Anamnesis
 - Exploración física
 - Exploraciones complementarias básicas:
 - AS: BQ (función renal, iones, transaminasas, TSH), Hemograma y Coagulación (Dímero D).
 - ECG
 - Rx PA y Lateral.

NT-proBNP

CARDIÓLOGO

- ✓ Descartar causas orgánicas o funcionales:
 - Disfunción sistólica o diastólica VI
 - ICC
 - Valvulopatías
 - Miocardiopatías
 - Arritmias
 - Hipertensión pulmonar

ECOCARDIOGRAFÍA

DISNEA

MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA

- ✓ Características
- ✓ Etiología:
 - Anamnesis
 - Exploración física
 - Exploraciones complementarias básicas:
 - AS: BQ (función renal, iones, transaminasas, TSH), Hemograma y Coagulación (Dímero D).
 - ECG
 - Rx PA y Lateral.

↓

NT-proBNP

Tabla 6. Causas de elevación de los péptidos natriuréticos distintas a la insuficiencia cardíaca

Transitoria-cardíaca	Mantenida
Miocarditis	Edad > 75 años
Síndrome coronario agudo	Arritmias auriculares
Arritmias auriculares o ventriculares	HVI
Cardioversión	EPOC
Embolismo pulmonar	Insuficiencia renal crónica
EPOC reagudizado	
Insuficiencia renal	
Sepsis/daño tisular/quimioterapia	

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HVI: hipertrofia ventricular izquierda.

Pacientes Agudos: Elevado VPN (98%)
Pacientes Crónicos: ↓ Sensibilidad (90%) y Especificidad (60%)

DISNEA

Tabla 3. Síntomas y signos típicos de insuficiencia cardíaca

Síntomas	Signos
<p>Típicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Ortopnea • Disnea paroxística nocturna • Baja tolerancia al ejercicio • Fatiga, cansancio, más tiempo de recuperación tras practicar ejercicio • Edemas extremidades inferiores 	<p>Más específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión venosa y yugular elevada • Reflujo hepatoyugular • Tercer sonido del corazón (ritmo de galope) • Impulso apical desplazado • Soplo cardíaco
<p>Menos típico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos nocturna • Sibilancias • Aumento de peso (> 2 kg/semana) • Pérdida de peso (IC avanzada) • Sensación de hinchazón • Pérdida de apetito • Confusión (especialmente en ancianos) • Depresión • Palpitaciones • Síncope 	<p>Menos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema periférico (tobillos, del sacro, escrotal) • Crepitaciones pulmonares • Menos entrada de aire y matidez a la percusión en las bases pulmonares (efusión pleural) • Taquicardia • Pulso irregular • Taquipnea (> 16 rpm) • Hepatomegalia • Ascitis • Pérdida de peso (caquexia)

IC: insuficiencia cardíaca.

Tabla 4. Criterios de Framingham

Mayores	Menores
<ul style="list-style-type: none"> • Disnea paroxística nocturna • Estertores crepitantes • Edema agudo de pulmón • Cardiomegalia radiológica • Tercer ruido cardíaco • Ingurgitación yugular • Aumento de la presión venosa • Reflujo hepatoyugular positivo • Pérdida de peso tras tratamiento específico 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea de esfuerzo • Edema en miembros inferiores • Derrame pleural • Hepatomegalia • Tos nocturna • Taquicardia (> 120/min)

Son necesarios para el diagnóstico la presencia de dos criterios mayores o bien uno mayor más dos menores, excluidas otras causas.

DISNEA

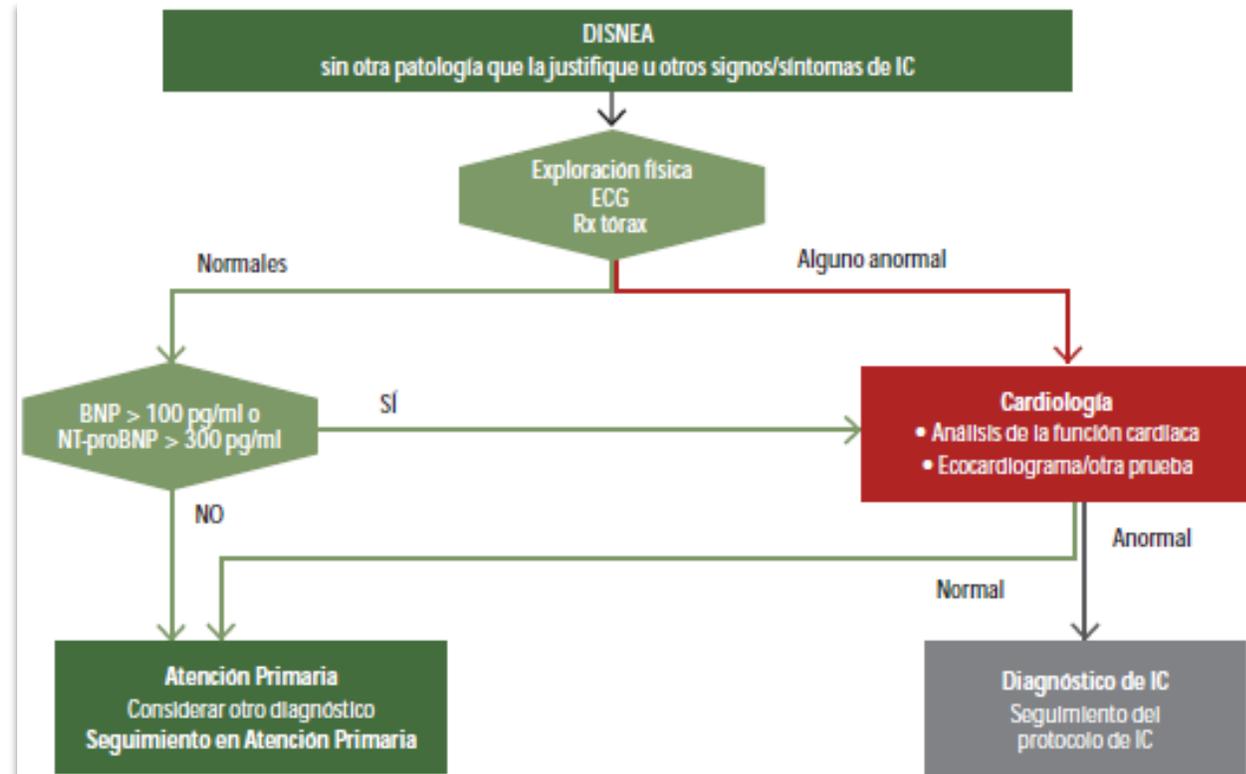


Figura 1. Criterios de derivación a cardiología en pacientes con disnea y sospecha de insuficiencia cardíaca

ECG: electrocardiograma; IC: insuficiencia cardíaca; NT-proBNP: fracción amino-terminal.

Adaptado de: Atención Primaria y Servicio de Cardiología Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Atención Integral de las Cardiopatías. Protocolización compartida de los procesos cardíacos en un entorno de alta resolución; 2011.

DISNEA

Tabla 7. Situaciones de riesgo en insuficiencia cardíaca. Criterios de derivación para estudio en el hospital

Sospecha de cardiopatía isquémica:

- Clínica de angina no preexistente o con criterios de inestabilidad

Sintomatología:

- Disnea de reposo o mínimos esfuerzos o rápidamente progresiva
- Hipotensión (TAS < 100 mmHg, sintomática o hipoperfusión)
- Taquipnea. Hipoxemia-cianosis
- Síncope
- Oligoanuria

Comorbilidad grave:

- Insuficiencia renal (creatinina > 2 mg/dl)
- Fiebre (> 37 °C)
- Arritmia (fibrilación auricular rápida, taquicardias ventriculares)
- Alteración electrolitos (K > 5,5 o Na < 132 mEq/dl)

K: potasio; Na: sodio; TAS: tensión arterial sistólica.

CASOS CLÍNICOS

Varón

72 años

HTA, DM, ACxFA paroxística, Fumador.

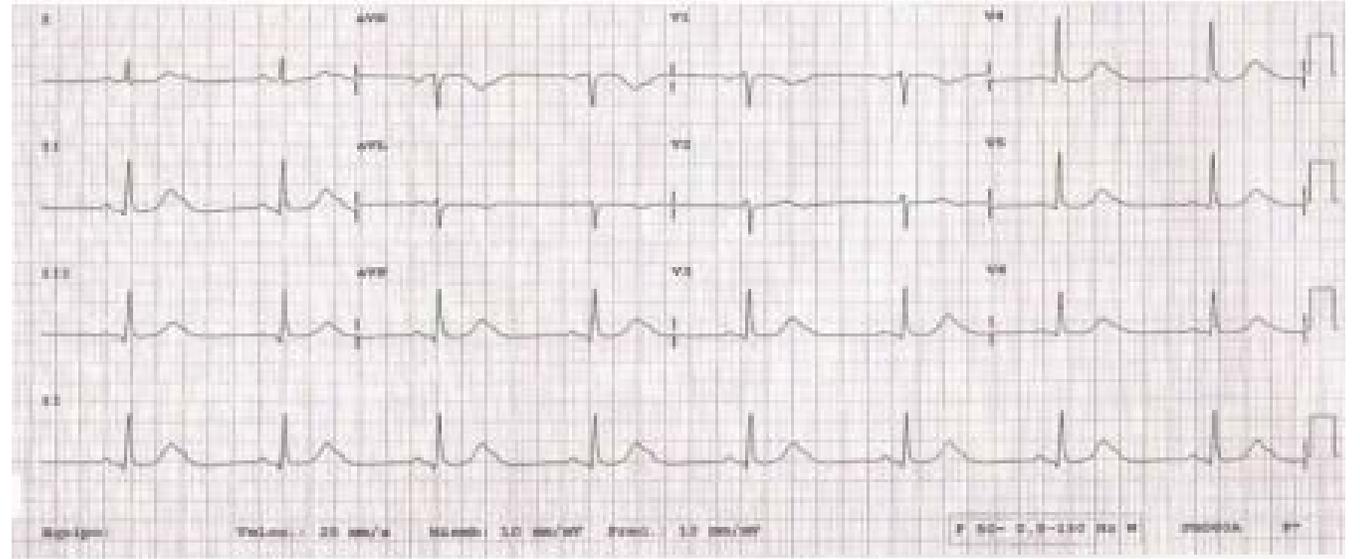
Independiente para ABVD

Tto: Repaglinida 2 mg, , Atorvastatina 20 mg, Metformina 850 mg/12h, Telmisartan 40 mg + Hct 12.5 mg, Glargina 300 U/ml, 22 U, Dabigatrán 150 mg/12h, Amiodarona 200 mg/24 h

Refiere desde hace 10 días disnea de medianos esfuerzos, ortopnea de 2 almohadas, DPN y edemas en MMII. No dolor torácico.

TA 98/64 mmHg. Fc 52 lpm. Sat O2 98%. Eupneico.AR: crepitantes bibasales

ECG: Bradicardia sinusal sin alteraciones del st



CASOS CLÍNICOS



- **¿Cuál es la actitud más adecuada?**

1. Remitir a cardiología
2. Iniciar tratamiento con furosemida.
3. Realizar una primera aproximación diagnóstica mediante una anamnesis y exploración física pormenorizada y remitir a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias.
4. Nada porque son cosas de su arritmia y de la edad.