

• EVALUACIÓN PREVIA

MARQUE LA OPCIÓN CORRECTA

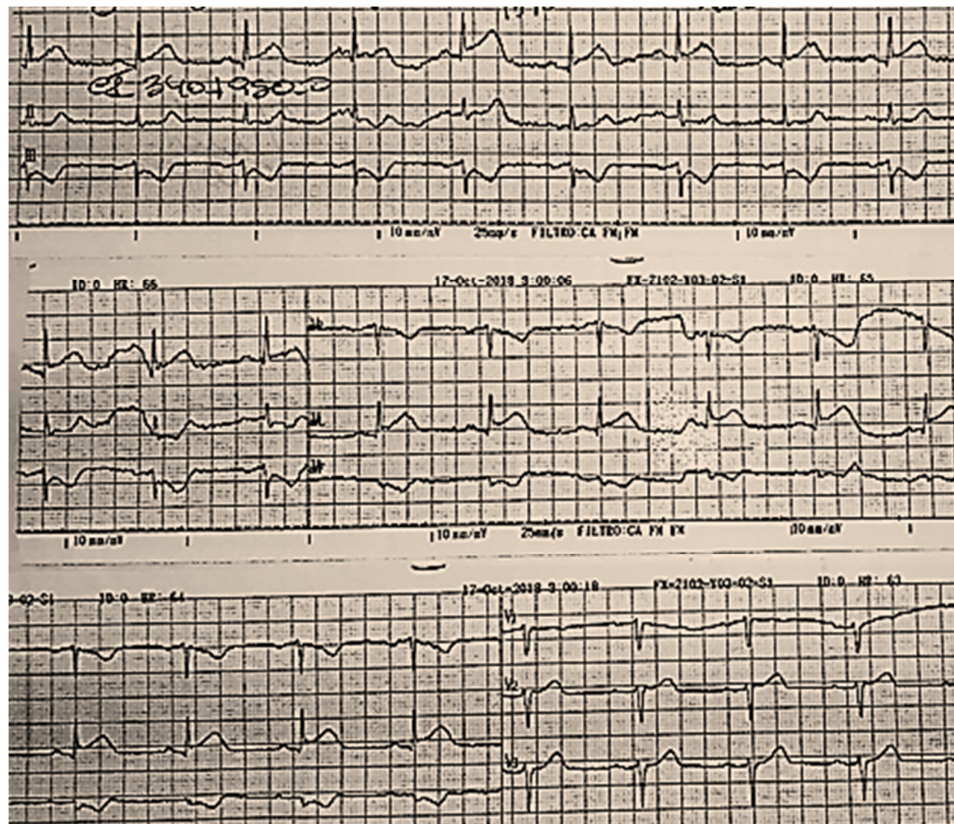
Paciente de 59 años, sexo masculino, con antecedentes de tabaquismo, e hipertensión arterial en tratamiento con valsartan, carvedilol e hidroclorotiazida.

Comienza 48 h previo al ingreso con episodios de dolor torácico anginoso de reposo que cede en minutos de forma espontánea.

El día de la consulta 7 AM presenta episodio de dolor precordial opresivo de reposo, intenso, con irradiación a cuello sin fenómenos acompañantes.

Consulta a las 9 AM en emergencia de un centro sin capacidad de angioplastia. Al examen: lúcido, normotenso 120/80 mmHg. CV: RR de 60 cpm RBG, no soplos. PP: MAV + bilateral sin estertores.

ECG:



1) En cuanto al diagnóstico

- Se trata de un SCA sin ST.
- Se trata de un SCA con ST.
- Sería de utilidad repetir el ECG en 15 minutos.
- Para realizar el diagnóstico solicitaría troponinas.

2) En cuanto al tratamiento

- Realizaría tratamiento con NTG intravenosa y revaloraría la necesidad de angioplastia o fibrinolíticos.
- Realizaría tratamiento con clopidogrel 300 mg y traslado para CACG de urgencia.
- Realizaría tenecteplase (dosis ajustada al peso) más clopidogrel 300 mg.
- No realizaría tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

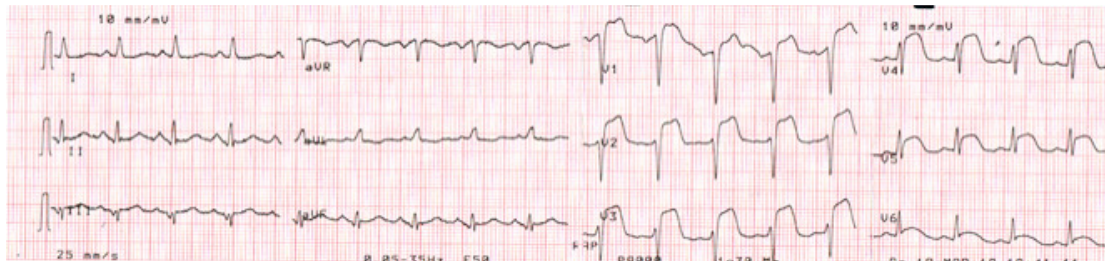
Paciente de 59 años, sexo masculino, con antecedentes de tabaquismo, obesidad, e hipertensión arterial en tratamiento con ARA II.

Días previos a la consulta presentó dolores epigástricos sin relación al esfuerzo, sin irradiaciones ni fenómenos acompañantes.

Se automedica con omeprazol.

El día de la consulta hora 16 instala dolor precordial opresivo de reposo con irradiación a ambos miembros superiores, intenso, prolongado, acompañado de SNV, sin disnea.

Consulta en emergencia a la hora 18. Al ingreso paciente dolorido, normotenso (120/80 mmHg). PP: MAV + bilateral sin estertores. CV: RR de 108 cpm RBG, soplo sistólico eyectivo 2/6 en foco aórtico.

ECG:**3) En cuanto al tratamiento de reperusión**

- Se prefiere tratamiento fibrinolítico si el retraso a la angioplastia primaria es mayor a 120 minutos.
- El tratamiento con fibrinolíticos debería iniciarse antes de 30 minutos luego de realizar el diagnóstico de SCA con ST.
- Si el paciente es derivado a angioplastia primaria debería realizarse carga de 300 mg de clopidogrel lo antes posible.
- En caso de administrar tenecteplase como fibrinolítico debería recibir 75mg de clopidogrel sin necesidad de realizar carga.

4) Si utilizara fibrinolíticos como método de reperusión

- Si la reperusión fue exitosa el paciente debería ingresar a CTI.
- Debería ser trasladado de inmediato (luego de la dosis de fibrinolíticos) a un centro con capacidad de angioplastia independientemente del éxito de la reperusión.
- La reoclusión es poco frecuente luego de una trombolisis exitosa.
- La reperusión se define como el cese del dolor y la renivelación mayor al 80% en los primeros 60 a 90 minutos de administrado el fármaco.

- 5) **¿Cuál de estos pacientes tiene contraindicado el uso de fibrinolíticos?**
- a. SM, 58 años, punción biopsica prostática diagnóstica hace una semana. IAM inferior de 3 horas de evolución.
 - b. SF, 80 años, DM2, hipertensa, dislipémica, UGD en tratamiento con omeprazol. PA 170/95 mmHg. IAM anterior de 2 horas de evolución.
 - c. SM, 69 años, DM2, HTA. Stroke isquémico hace 1 año. PA 150/70 mmHg. IAM inferior de 5 horas de evolución.
 - d. SM, 78 años, HTA. Stroke de etiología no aclarada hace 4 meses. IAM posterior de 3 horas de evolución.
- 6) **¿Cuál de las siguientes acciones NO aumenta la sensibilidad diagnóstica electrocardiográfica de infarto en un paciente con dolor torácico de características anginosas?**
- a. Realizar ECG seriados.
 - b. Completar derivaciones derechas y posteriores.
 - c. Comparar con trazados ECG previos.
 - d. Realizar el ECG en los primeros 30 minutos de la consulta.
- 7) **¿La dosis de cuál de estos fibrinolíticos se ajusta según peso y edad?**
- a. Tenecteplase
 - b. Alteplase
 - c. Estreptoquinasa
 - d. Reteplase
- 8) **Mencione la terapéutica de reperusión farmacológica para un paciente de 50 años y 95 kg de peso**
- a. Tenecteplase 30 mg, AAS 300 mg, Clopidogrel 75 mg, enoxaparina 0.5 mg/kg intravenoso.
 - b. Tenecteplase 50 mg, AAS 300 mg, Clopidogrel 300 mg, enoxaparina 0.5 mg/kg intravenoso.
 - c. Tenecteplase 50 mg, AAS 300 mg, Clopidogrel 75 mg, enoxaparina 0.5 mg/kg intravenoso.
 - d. Tenecteplase 30 mg, AAS 150 mg, Clopidogrel 300 mg, enoxaparina 0.5 mg/kg intravenoso.
- 9) **En cuanto a la reperusión en el IAM con ST**
- a. La angioplastia primaria es superior al tratamiento fibrinolítico si se realiza en los tiempos adecuados.
 - b. La angioplastia primaria y la estrategia fármacoinvasiva (administración de fibrinolíticos y traslado inmediato a centro con capacidad de angioplastia) tienen el mismo impacto en mortalidad.
 - c. El tratamiento fibrinolítico debería ser administrado en menos de 10 minutos luego del diagnóstico de IAM con ST.
 - d. Todas las anteriores son verdaderas.

10) En cuanto al BAV por IAM con ST

- a. La primera maniobra terapéutica es la administración de atropina.
- b. Requiere frecuentemente marcapasos definitivo.
- c. El marcapasos transitorio percutáneo (con parches) no tiene utilidad.
- d. La primera maniobra terapéutica es el implante de marcapasos transvenoso.

11) En cuanto al shock cardiogénico por IAM con compromiso de VD

- a. Puede observarse en oclusión de coronaria derecha o arteria circunfleja.
- b. La reposición con cristaloides es uno de los pilares de su tratamiento.
- c. A pesar de una reperusión precoz y exitosa la evolución a la mejoría hemodinámica es lenta.
- d. El pronóstico es peor que el shock en contexto de IAM anterior.