EMC en Cardiología
SUC 2026
SEMINARIO TALLER

Dolor torácico

Evaluación diagnóstica y toma de decisiones en distintos escenarios

Índice

Información General 2
Bibliografía 3
Programa 4
Casos Clínicos 4
Evaluación 16

Auspician:

Urufarma
Calidad al alcance de todos

Roxaban®

Dactilus

Diabemp
Empagliflozina

Seminario taller

Dolor torácico. Evaluación diagnóstica y toma de decisiones en distintos escenarios

Sábado 5 de setiembre de 2026

Horario: de 08:30 a 13:25

HOSPITAL COLONIA ASSE – Dr. Samuel Bertón

Avda. Batlle y Ordoñez 596, **Colonia** del Sacramento,

PRESENCIAL

ORGANIZAN:

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

Coordinadores:
Dra. Carina Guigou
Dr. Fabián Martínez

Expositores:
Dr. Oscar Bazzino
Dra. Camila Ramos

Panelistas:
Dr. Oscar Bazzino
Dra. Carina Guigou
Dr. Fabián Martinez
Dr. Martín Polifroni
Dra. Camila Ramos

Moderadores:
Dr. Fernando Alvarez
Dra. Ana Barbier
Dra. Carina Ferrer
Dr. Mauricio Rodriguez

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Fundamento

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta en el ámbito prehospitalario, en el departamento de emergencia y en policlínica, representando aproximadamente el 5% de todas las consultas en urgencias. La etiología del mismo es muy variada: abarca desde entidades de muy baja complejidad hasta situaciones catastróficas con riesgo de muerte inminente.
A su vez, el dolor torácico, como principal síntoma de presentación de los Síndromes Coronarios Agudos, resulta un verdadero desafío diagnóstico para los médicos en la primera línea de asistencia, debido al riesgo de otorgar el alta a pacientes que cursan un evento coronario mayor, con su probado aumento en la mortalidad, así como internar a individuos con patologías banales, con el aumento de gastos sanitarios que ello provoca.
Ante la constante evolución de la evidencia, es imperativo actualizar los criterios y herramientas de estratificación para optimizar la seguridad del paciente.

Objetivo general

El objetivo primordial de la jornada es brindar las herramientas para asegurar un correcto manejo de los pacientes que consultan por dolor torácico en diferentes escenarios del primer nivel de asistencia.

Objetivos específicos

Al finalizar la jornada los participantes serán capaces de:

1. Conocer las herramientas para la aproximación al diagnóstico etiológico en los individuos que consultan por dolor torácico.
2. Comprender la práctica clínica desde la gestión de la incertidumbre y de las probabilidades, incorporando la toma de decisiones compartida.
3. Realizar la aproximación clínica al paciente con dolor torácico de probable etiología isquémica, poniendo foco en tres preguntas fundamentales:
    a. ¿Cuál es la probabilidad pretest de presentar enfermedad coronaria obstructiva?
    b. ¿Cuál es la probabilidad de que el individuo esté padeciendo un SCA según protocolos de descarte rápido?
    c. Si se tratase de un SCA, ¿cuál es el riesgo de eventos CV mayores (MACE) a corto plazo?
4. Interpretar los resultados de los biomarcadores y estudios de imagen según el escenario clínico y perfil de riesgo del paciente.

POBLACIÓN OBJETIVO

Médicos del primer nivel de asistencia que ejercen en unidades móviles, servicios de emergencia, policlínica y radio. Cardiólogos, Internistas y Emergencistas.

METODOLOGÍA EDUCATIVA

El desarrollo de la jornada comprende varias etapas:

1. **Evaluación de los conocimientos previos**: mediante un test pre jornada (10 preguntas de opciones múltiples con 4 opciones posibles, una o más de las cuales son correctas).
   La misma se realizará a través de un formulario de Google que deberá ser respondido antes del comienzo de la actividad. (1)
2. **Mini conferencias** sobre los aspectos más relevantes del tema.
3. **Discusión de historias clínicas** en pequeños grupos dirigida por moderadores.
4. **Discusión en plenario** con el panel de expertos sobre los aportes realizados en los grupos
5. **Síntesis final**
6. **Evaluación del aprendizaje**: test post jornada con 10 preguntas de múltiple opción con 4 opciones, con una o más correctas. (1)
7. **Evaluación de los diferentes aspectos de la jornada** (local o sistema online, conferencias, moderadores, panelistas, global, etc.). (1)
   Ambas evaluaciones se harán mediante un formulario de Google similar al de la evaluación previa

(1) Todos los formularios de evaluación deberán completarse, y serán condición para recibir el CERTIFICADO DE ASISTENCIA.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2021;144:e368-454. doi:10.1161/CIR.0000000000001029.

2. Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J 3rd, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the diagnosis and management of aortic disease: a reporto f the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;146:e334-482. doi:10.1161/CIR.0000000000001106.

3. Rao SV, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2025;151:e771-862. doi:10.1161/CIR.0000000000001309.

4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction. Circulation. 2018;138:e618-51. doi:10.1161/CIR.0000000000000617.

5. de Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in the left anterior descending coronary artery. Am Heart J. 1982;103(4 Pt 2):730-6. doi:10.1016/0002-8703(82)90480-X.

PROGRAMA

08:30 - 09:00 Acreditación

09:00 - 09:05 **Introducción**
Dra. Carina Guigou
Dr. Fabián Martinez

09:05 - 09:25 Mini conferencia: **Evaluación de dolor torácico, estratificación de riesgo inicial y toma de decisiones**
Dr. Óscar Bazzino

09:25 - 09:45 Mini conferencia: **Estudios de imagen en la evaluación del dolor torácico**
Dra. Camila Ramos

09:50 - 11:20 **Trabajo en grupos**

11:20 - 11:45 **Descanso**

11:45 - 13:15 **Plenario con panel de expertos**

13:15 - 13:25 **Mensajes para llevar a casa**

Evaluación de lo aprendido y de la actividad.

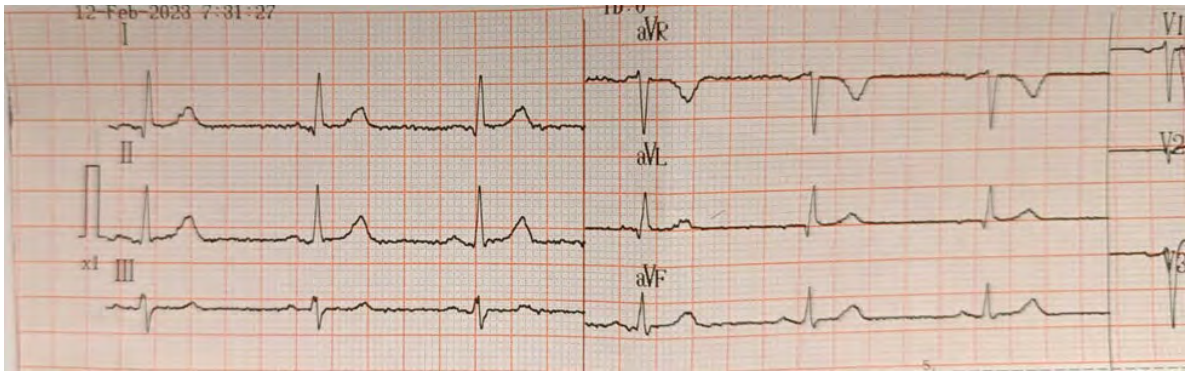
El certificado de asistencia se enviará por e-mail, contra recepción de los formularios de evaluación

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

Paciente de sexo masculino, 52 años, sin factores de riesgo vascular conocidos. Realiza actividad física recreativa de moderada intensidad, sin síntomas cardiovasculares previos.
A las 2:00 de la mañana se despierta por dolor retroesternal opresivo, acompañado de parestesias en miembros superiores y síntomas neurovegetativos.
Es asistido en una unidad de emergencia médica prehospitalaria en Florencio Sánchez, donde se realiza ECG y se administra nitroglicerina sublingual, con alivio parcial del dolor.
Posteriormente es trasladado a Rosario.

ECG:



PREGUNTA 1

¿Cuál sería su primer planteo diagnóstico?

a. Se trata de un paciente de baja probabilidad de enfermedad coronaria aterosclerótica, por lo que el primer planteo es pericarditis aguda

b. Paciente con dolor torácico agudo probablemente isquémico, que debe considerarse inicialmente como un síndrome coronario agudo

c. Paciente con alta probabilidad de enfermedad coronaria crónica estable

d. Dolor torácico no cardíaco hasta demostrar lo contrario

PREGUNTA 2

¿Qué conducta tomaría si recibe al paciente en Maldonado?

a. Es un SCA sin elevación del ST de alto riesgo, por lo que solicito coronariografía urgente

b. Es un SCA con elevación del ST, por lo que se debe activar una estrategia de reperfusión urgente

c. Es un SCA sin elevación del ST y solicito curva de troponinas para estratificación

d. Dada la ausencia de factores de riesgo conocidos, si la primera troponina es negativa le otorgo el alta

PREGUNTA 3

Respecto al electrocardiograma en este contexto clínico, señale la opción correcta:

a. Es un ECG con cambios hiperagudos, si no presenta supradesnivel franco del ST, permite esperar la curva de troponinas

b. Los cambios hiperagudos del ECG pueden representar oclusión coronaria aguda y deben interpretarse en el contexto clínico como un cuadro tiempo-dependiente

c. La mejor conducta inicial es repetir el ECG a las 24 horas antes de decidir reperfusión

d. La mejoría parcial del dolor con nitroglicerina descarta un SCA con elevación del ST

PREGUNTA 4

¿Cuál de los siguientes elementos del caso NO debe utilizarse para descartar un SCA con elevación del ST?

a. El alivio parcial del dolor con nitroglicerina

b. La persistencia del dolor torácico opresivo

c. La presencia de síntomas neurovegetativos

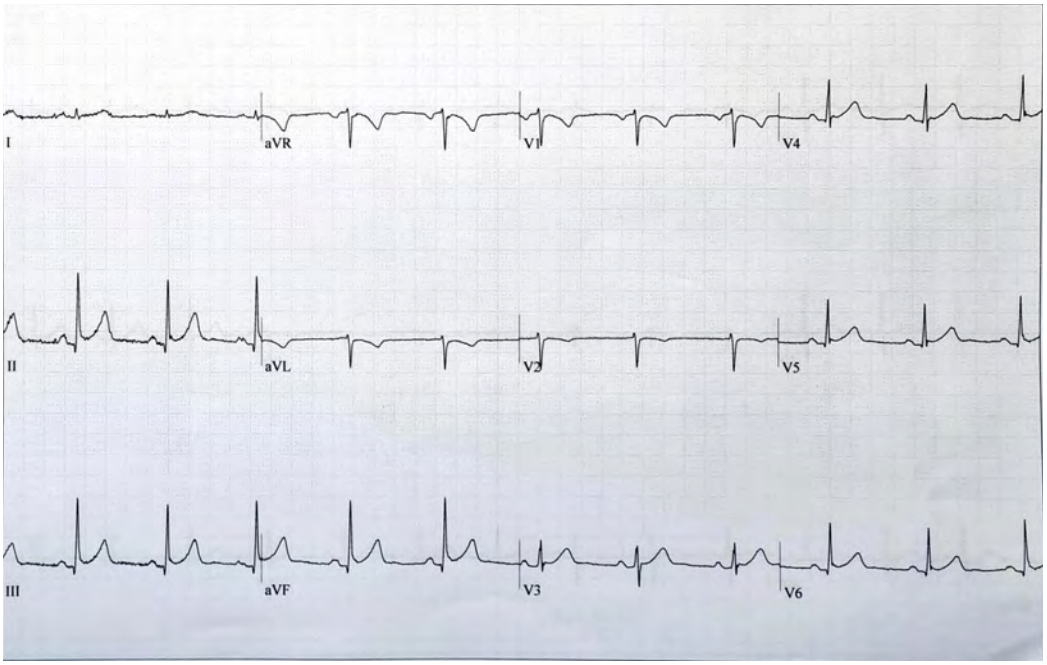
d. Un ECG sugestivo de isquemia aguda

Caso Clínico 2

Paciente de sexo masculino, 55 años.
Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con losartán 50 mg/día. Dislipemia en tratamiento con atorvastatina 10 mg/día. Sedentarismo.
Consulta en emergencia por dolor torácico retroesternal, punzante, irradiado a cuello, dorso y hombro izquierdo. El dolor aumenta con la inspiración profunda y con el decúbito. No presenta disnea ni manifestaciones neurovegetativas. No refiere fiebre. Se administra nitroglicerina sublingual, sin alivio.
Examen físico: lúcido. Eupneico. Saturación de O_2 97% en aire ambiente. PA 175/90 mmHg. Normocoloreado. Temperatura axilar 36,4 °C.
Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado bilateralmente, sin estertores.
Cardiovascular: FC 78 cpm. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. No se ausculta roce pericárdico. Sin ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. Pulsos presentes y simétricos en los cuatro miembros.
Abdomen: blando, depresible, indoloro.

Radiografía de tórax

ECG:



PREGUNTA 1

Con respecto a la presentación clínica, señale la opción correcta:

a. Se trata de un dolor torácico no cardíaco

b. Se trata de un dolor torácico sugestivo de síndrome coronario agudo con elevación del ST

c. Se trata de un dolor torácico sugestivo de síndrome aórtico agudo

d. Se trata de un dolor torácico con características sugestivas de pericarditis aguda

PREGUNTA 2

¿Qué paraclínica solicitaría a continuación?

a. Angio-TC de tórax

b. Biomarcadores de injuria miocárdica y, si son normales, Angio-TC coronaria

c. Biomarcadores de injuria miocárdica y, si son normales, estudio funcional de isquemia

d. Biomarcadores de injuria miocárdica y ecocardiograma transtorácico

Paraclínica posterior:
Hemograma y función renal normales
Troponina I, en dos determinaciones < a 10 pg/ml (normal: <30 pg/ml)
Ecocardiograma transtorácico sin alteraciones relevantes

PREGUNTA 3

Tras la valoración paraclínica, ¿qué conducta adoptaría con el paciente?

a. Alta a domicilio con tratamiento antiinflamatorio, reposo relativo y control evolutivo, al no presentar elementos de alto riesgo

b. Internación para completar valoración y tratamiento en todos los casos

c. Ergometría ambulatoria para evaluación de riesgo isquémico y control en policlínica de cardiología

d. Resonancia cardíaca como estudio inicial de rutina

PREGUNTA 4

¿Cuál de los siguientes elementos del caso apoya más el diagnóstico de pericarditis aguda?

a. Dolor que mejora con el esfuerzo

b. Dolor pleurítico y posicional, que empeora con la inspiración y el decúbito

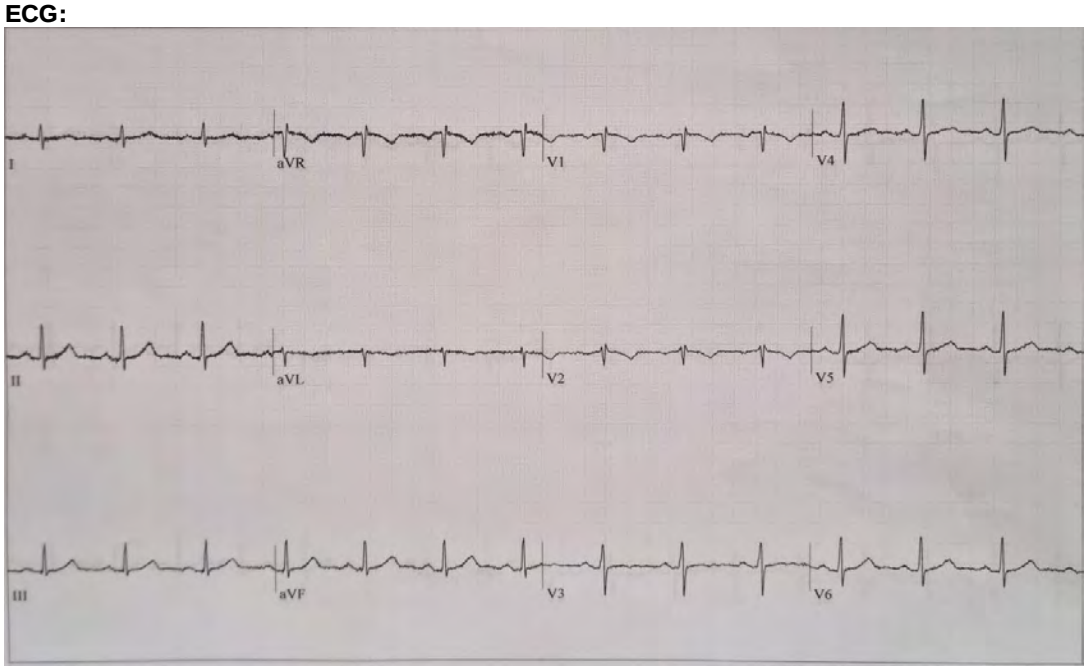
c. Ausencia de supradesnivel

d. Hipertensión arterial al ingreso

Caso Clínico 3

Paciente de sexo masculino, 57 años. Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica: padre y hermano con infarto agudo de miocardio antes de los 50 años. Fumador intenso. Sedentario.
Refiere historia de dolor torácico retroesternal de leve intensidad al caminar aproximadamente 3 cuadras, que alivia al disminuir la marcha y con el reposo. En la última semana presenta empeoramiento de la sintomatología. Consulta en emergencia por dolor torácico de mayor intensidad, que aparece con esfuerzos menores y alivia rápidamente con el reposo. No refiere disnea ni síntomas neurovegetativos asociados.
Examen físico
Lúcido. Eupneico. Saturación de O_2 99% al aire ambiente. PA 130/70 mmHg.
Normocoloreado. Apirético.
Pleuropulmonar: murmullo vesicular conservado bilateralmente, sin estertores.
Cardiovascular: FC 81 cpm. Ruidos cardíacos rítmicos, bien golpeados. Sin soplos. Sin roce pericárdico. Sin ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. Pulsos presentes y simétricos en los cuatro miembros.
Abdomen: blando, depresible e indoloro.
Paraclínica inicial
Hemograma, función renal e ionograma, normales.
Troponina I: 1.ª muestra 23 pg/mL; 2.ª muestra 26 pg/mL (normal <30 pg/mL).
Radiografía de tórax normal.

ECG:



PREGUNTA 1

En la evaluación inicial de este dolor torácico agudo, ¿cómo clasificaría el riesgo del paciente?

a. Bajo riesgo

b. Riesgo intermedio

c. Alto riesgo

PREGUNTA 2

Con respecto a las troponinas, señale la opción correcta:

a. Los valores de troponina descartan injuria miocárdica, bajan el riesgo y permiten continuar la evaluación en forma ambulatoria

b. Deben complementarse de rutina con CK MB

c. El coeficiente de variación de las troponinas por sí solo define injuria miocárdica aguda

d. Es necesario completar la valoración con estudios adicionales

PREGUNTA 3

¿Cuál sería la mejor conducta a seguir en esta etapa?

a. La presencia de un ECG normal y troponinas seriadas normales habilita a otorgar el alta en forma segura

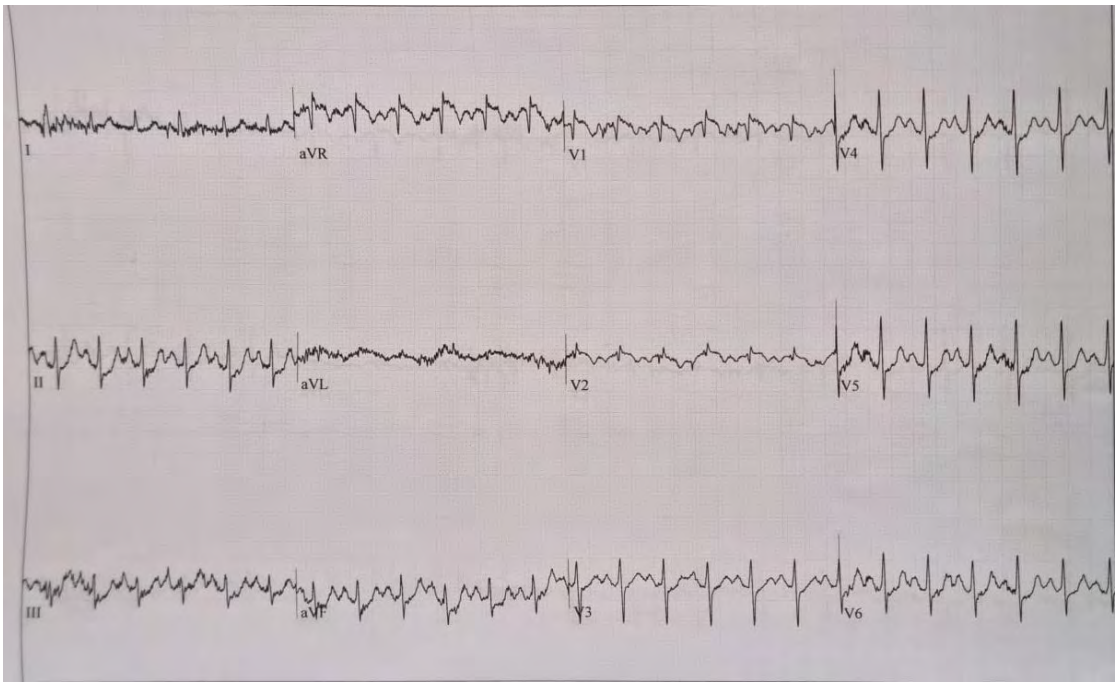
b. Solicitar angio-TC coronaria

c. Solicitar un estudio funcional de isquemia

d. Solicitar coronariografía invasiva

Ecocardiograma de estrés con ejercicio

Ecocardiograma basal sin alteraciones relevantes.
Durante el esfuerzo: infradesnivel máximo del ST de 1 mm en derivaciones inferiores y de 0,5 mm en V5-V6. Alcanzó 86% de la frecuencia cardíaca máxima teórica y presentó ángor durante el esfuerzo. Realizó 7,5 METS. Capacidad funcional: clase funcional I.
Ecocardiograma de estrés: aparición de disquinesia ánteroseptal, anterior y anterolateral en segmentos medios y apicales. La relación E/e' no mostró cambios respecto al basal. No se observaron líneas B pulmonares.



PREGUNTA 4

Con respecto a la conducta a seguir tras el eco estrés, señale la opción correcta:

a. Iniciar tratamiento médico completo y continuar seguimiento ambulatorio

b. Iniciar tratamiento médico de prevención secundaria y anti anginoso, y solicitar coronariografía invasiva en forma preferente/urgente

c. Solicitar una angio-TC coronaria

d. Iniciar tratamiento médico completo e internarlo solo para observación clínica

PREGUNTA 5

¿Cuál de los elementos del cuadro clínico aleja que el paciente sea de bajo riesgo?

a. La radiografía de tórax normal

b. La ausencia de disnea

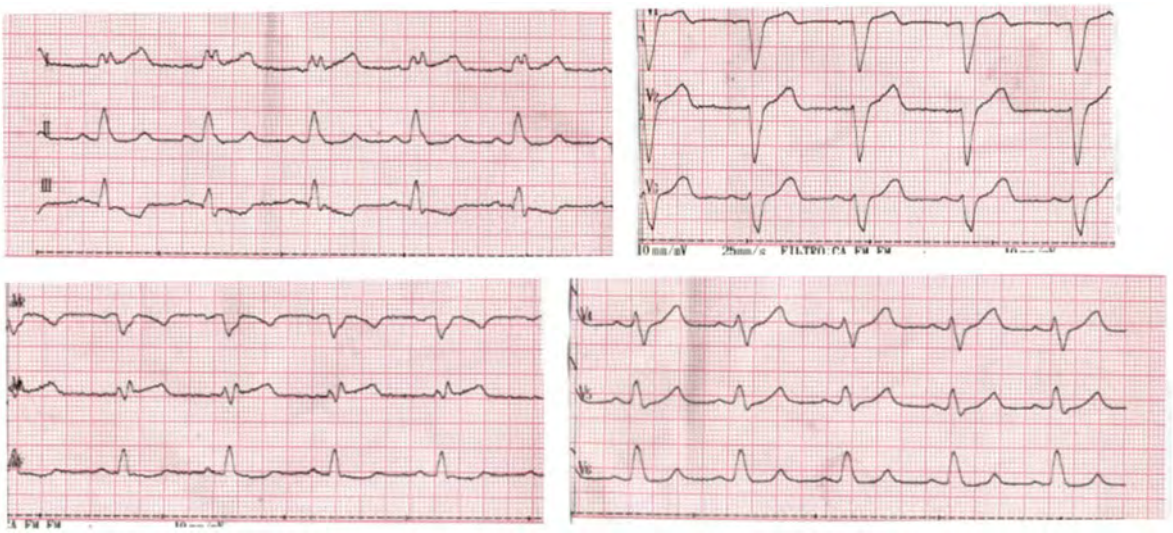
c. La progresión reciente de una angina de esfuerzo a menores cargas

d. La saturación de O_2 normal

Caso Clínico 4

Paciente: sexo femenino, 60 años.
Factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus tipo 2 de 2 años de evolución, hipertensión arterial de larga data con mal control, sedentarismo y obesidad (IMC 31). Tratamiento habitual con metformina y valsartán.
Enfermedad actual: consulta por dolor torácico retroesternal opresivo, iniciado en reposo, irradiado a hombro izquierdo y dorso, sin relación con los movimientos respiratorios. El episodio duró aproximadamente 3 horas y se acompañó de disnea. No presentó síncope ni síntomas neurovegetativos. Al momento de la valoración se encuentra aliviada del dolor.
Examen físico: lúcida. PA 200/110 mmHg. Eupneica. Saturación de O_2 99% al aire ambiente. FC 78 cpm. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, sin ingurgitación yugular, sin estertores. Pulsos presentes y simétricos en los cuatro miembros. Radiografía de tórax sin hallazgos agudos.
Laboratorio: primera y segunda determinación de troponina semicuantitativa negativas (separadas por 3 h; método institucional: negativo <40 ng/L, dudoso 40–100 ng/L, positivo >100 ng/L).

ECG



PREGUNTA 1

Con respecto a la presentación clínica, ¿qué término define mejor el cuadro clínico?

a. Ángor típico

b. Ángor atípico

c. Dolor torácico no cardíaco

d. Dolor torácico posiblemente cardíaco

PREGUNTA 2

Respecto a la determinación de troponinas, marque la o las afirmaciones correctas:

a. Una única determinación negativa de troponina semicuantitativa permite descartar con seguridad un SCA en esta paciente

b. Se recomienda utilizar troponinas cardíacas de alta sensibilidad cuando estén disponibles

c. En métodos no ultrasensibles o semicuantitativos, una estrategia seriada y contextualizada clínicamente es esencial para la interpretación

d. Se recomienda que el clínico conozca el método utilizado en su institución y su valor de referencia superior (percentil 99 o equivalente validado por el método)

PREGUNTA 3

¿Cuál es la conducta más adecuada en esta paciente?

a. Solicitar un centellograma de perfusión miocárdica sensibilizado con dipiridamol

b. Solicitar una angio-TC coronaria como primer paso

c. Solicitar score de calcio coronario

d. Internar, realizar ECG seriados, valoración cardiológica y definir la conducta según la sospecha de isquemia aguda y la evolución clínica

PREGUNTA 4

Respecto al BCRI en el contexto de dolor torácico agudo, ¿cuál o cuáles de las siguientes afirmaciones son correctas?

a. Todo BCRI es equivalente de IAM con elevación del ST por lo que obliga a una conducta invasiva urgente

b. Un BCRI descarta el uso del ECG para la toma de decisiones

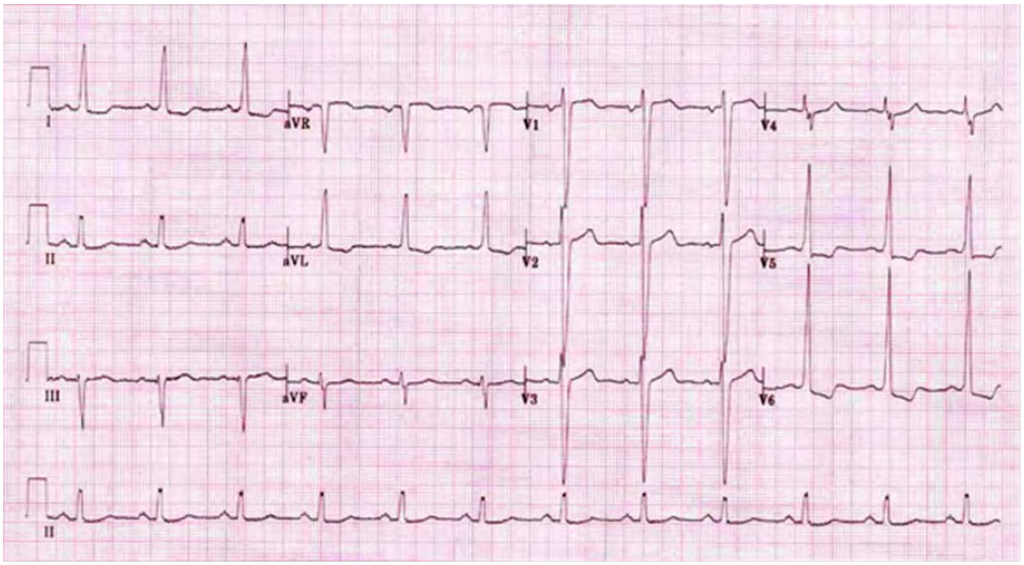
c. En presencia de síntomas sugestivos, deben buscarse criterios electrocardiográficos específicos de oclusión coronaria/obstrucción coronaria significativa, como los de Sgarbossa modificados

d. Dificulta la interpretación de isquemia en el ECG, pero no impide reconocer hallazgos de alto riesgo

Caso Clínico 5

Paciente: sexo masculino, 69 años.
Antecedentes: hipertensión arterial con mal control, sobrepeso, exfumador, dislipemia y EPOC.
Enfermedad actual: estando en reposo comienza con dolor torácico agudo, intenso, localizado en región epigástrica y retroesternal, con irradiación a cuello y miembro superior izquierdo. Refiere intensidad 7–8/10, acompañado de sudoración profusa y disnea. No presentó palpitaciones ni síncope. Presentó alivio parcial con analgésicos opioides. Al ingreso se constata hipertensión arterial.
Examen físico: lúcido. Eupneico. Bien perfundido. PA: 200/110 mmHg. FC: 92 cpm. Ruidos cardíacos rítmicos. R2 acentuado en foco aórtico. Soplo protodiastólico suave en borde esternal derecho. Pulsos periféricos presentes y simétricos en los cuatro miembros. Sin signos de insuficiencia cardíaca.

ECG



Radiografía de tórax portátil: cardiomegalia. Mediastino no ensanchado. Campos pulmonares sin alteraciones agudas.
Troponinas T iniciales: negativas
Ecocardiograma focal: hipertrofia parietal del ventrículo izquierdo. Sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. FEVI conservada. Dilatación de raíz aórtica (45 mm) y aorta ascendente tubular (48 mm). Insuficiencia aórtica leve. Sin derrame pericárdico.

PREGUNTA 1

Respecto al ECG, señale las opciones correctas:

a. La presencia de infradesnivel del ST e inversión de onda T en la cara lateral orientan a lesión subendocárdica

b. Los trastornos de la repolarización podrían corresponder a elementos de sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo

c. Es un ECG sugestivo de hipertrofia de cavidades izquierdas

d. Es un ECG típico de BCRI

PREGUNTA 2

Ante este cuadro clínico, ¿qué estudio solicitaría en primer lugar para confirmar el diagnóstico?

a. Angio-TC de tórax, abdomen y pelvis

b. Segunda determinación de troponina

c. Centellograma de perfusión miocárdica en reposo

d. Ecocardiograma Doppler transtorácico completo

PREGUNTA 3

¿Cuál de los siguientes elementos del caso aumenta más la sospecha de síndrome aórtico agudo?

a. Troponina T negativa

b. Pulsos periféricos simétricos

c. Dolor torácico agudo en reposo asociado a hipertensión marcada

d. Cardiomegalia en la radiografía de tórax

PREGUNTA 4

Respecto a los hallazgos clínicos en la disección aórtica aguda, señale la opción correcta:

a. La presencia de pulsos simétricos descarta disección aórtica

b. Una radiografía de tórax sin ensanchamiento mediastínico descarta síndrome aórtico agudo

c. La ausencia de déficit de pulsos y una radiografía poco llamativa no excluyen síndrome aórtico agudo

d. La troponina negativa excluye compromiso cardiovascular agudo

PREGUNTA 5

En un paciente con sospecha de síndrome aórtico agudo que se encuentra hemodinámicamente estable, el estudio de imagen de elección es:

a. Ecocardiograma transtorácico

b. Resonancia cardíaca

c. Angio-TC

d. Ergometría

EVALUACIÓN

PREGUNTA 1

Ante la sospecha de síndrome coronario agudo (SCA), se considera paciente de bajo riesgo a aquel con una probabilidad de infarto agudo de miocardio (IAM) o eventos cardíacos mayores de:

a. Menos de 3% al año
b. Menos de 1% a 30 días
c. Menos de 2% a 30 días
d. Entre 3% y 5% a 6 meses

PREGUNTA 2

Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo (SAA), señale la(s) opción(es) correcta(s):

a. La angio-TC de tórax, abdomen y pelvis es el estudio de elección para el diagnóstico y la planificación terapéutica
b. El ecocardiograma transesofágico (ETE) es siempre el estudio de elección para el diagnóstico y la planificación terapéutica
c. En pacientes con dolor torácico agudo y sospecha significativa de SAA, debe considerarse realizar ETE cuando la angio-TC esté contraindicada o no disponible
d. La presencia de todos los pulsos periféricos y una radiografía de tórax normal descartan disección aórtica

PREGUNTA 3

Respecto al dolor torácico, señale la opción correcta:

a. Es un motivo de consulta infrecuente en el primer nivel de asistencia
b. La mayoría de los pacientes que consultan en emergencia por dolor torácico presentan una patología potencialmente grave
c. Es el síntoma predominante tanto en hombres como en mujeres en quienes se diagnostica un SCA
d. La causa más frecuente de dolor torácico en mayores de 80 años es la enfermedad arterial coronaria

PREGUNTA 4

Respecto al electrocardiograma (ECG) en la evaluación del dolor torácico, señale la opción correcta:

a. Un ECG completamente normal descarta un SCA
b. El hallazgo más específico de etiología isquémica es la inversión aislada de la onda T
c. Frente a una historia clínica sugestiva de SCA, un ECG normal permite completar la evaluación en forma ambulatoria
d. Un ECG normal no excluye el diagnóstico de SCA

PREGUNTA 5

Con respecto al ECG en el contexto del SCA, señale la opción correcta:

a. La presencia de infradesnivel del ST es un signo altamente sensible y específico de isquemia miocárdica
b. El síndrome de Wellens se caracteriza por ondas T bifásicas o profundamente invertidas en precordiales anteriores, habitualmente en ausencia de dolor, y sugiere lesión crítica proximal de la arteria descendente anterior
c. La presencia de un bloqueo completo de rama izquierda presumiblemente nuevo se considera equivalente de IAM con elevación del ST en todos los casos
d. La presencia de ondas T negativas en cualquier topografía sugiere lesión coronaria significativa

Paciente de 51 años, sexo masculino. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con beta bloqueantes e IECA. Dislipemia en tratamiento dietético.
Comienza dos semanas antes de la consulta con molestia retroesternal urente, que aparece al realizar sus tareas habituales, en ocasiones al bañarse y vestirse. El dolor calma al detener la actividad. No ha presentado episodios en reposo ni episodios de más de 15 minutos de duración. No refiere fenómenos acompañantes.
Consulta en policlínica de medicina.
Examen físico: eupneico, normocoloreado, bien perfundido. PA 135/80 mmHg. FC 80 cpm. Sin soplos. Pulsos periféricos normales.
ECG: ritmo sinusal de 70 cpm Onda P y PR normales. HVI. Ondas T invertidas asimétricas en V5-V6.

PREGUNTA 6

En este paciente, ¿qué planteo diagnóstico sindrómico considera más adecuado? Señale la opción correcta:

a. Dolor torácico no cardíaco
b. Dolor torácico sugestivo de etiología isquémica / probable angina, que requiere evaluación por posible SCA
c. Dolor torácico inespecífico de bajo riesgo
d. Dolor torácico de etiología musculoesquelética

PREGUNTA 7

¿Qué estudios considera necesarios para definir la conducta inicial? Señale la opción correcta:

a. Radiografía de tórax y ECG
b. Ecocardiograma, ECG y enzimas cardíacas
c. ECG y dosificación seriada de troponinas
d. Centellograma de perfusión miocárdica

PREGUNTA 8

Respecto al paciente anterior, el médico de policlínica lo deriva a Emergencia con diagnóstico presuntivo de angina inestable. ¿Qué conducta considera más adecuada? Señale la opción correcta:

a. Solicita ECG y troponinas al ingreso. Si los resultados son normales, solicita score de calcio coronario
b. Solicita coronariografía invasiva de rutina
c. Solicita ECG y troponinas al ingreso. Si la evaluación inicial para SCA es negativa o inconclusa y el paciente persiste como de riesgo intermedio, solicita angio-TC coronaria
d. Solicita únicamente ecocardiograma transtorácico para definir conducta

PREGUNTA 9

Con respecto al dolor torácico en la mujer, señale la(s) opción(es) correcta(s):

a. Presentan mayor riesgo de subdiagnóstico, por lo que deben considerarse siempre posibles causas cardíacas
b. Pueden presentar con mayor frecuencia síntomas acompañantes en comparación con los hombres
c. En mujeres con SCA predominan los síntomas atípicos por encima del dolor torácico
d. Presentan menor probabilidad de SCA que los hombres y, ante un ECG normal, una estrategia segura es continuar la valoración en forma ambulatoria

PREGUNTA 10

Con respecto a las troponinas cardíacas, señale la(s) opción(es) correcta(s):

a. Las troponinas de alta sensibilidad son más sensibles y precisas que los ensayos convencionales previos
b. Se recomienda dosificar troponinas, CK total y CK-MB en la evaluación habitual del dolor torácico
c. Un valor por encima del percentil 99 del método define injuria miocárdica
d. Se recomienda que los clínicos estén familiarizados con el ensayo de troponina utilizado en su institución y con el valor superior de referencia (percentil 99)

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600 - Montevideo, Uruguay
Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65
Whatsapp: +598 92 684 779
suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy
Horario: de 14 a 21 horas

EMC en Cardiología
SUC 2025
Seminario Taller

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600
Montevideo, Uruguay
Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65
Whatsapp: +598 92 684 779
suc@vera.com.uy - www.suc.org.uy