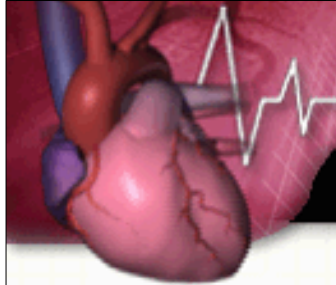


Masculino de 56 años casado, empleado bancario. Refiere episodios de amigdalitis recurrentes en la infancia. Tabaquismo desde hace 20 años con una media de 6 cigarrillos diarios. Su padre falleció por AVC a los 72 años. En exámenes médicos previos se le ha detectado una TA de 140/110 mmHg además de el colesterol elevado sin precisar la cifra. Come de todo, le gustan las carnes con vino tinto. Habitualmente se toma un whiskey los fines de semana. Hábito intestinal normal. Aunque ha recibido prescripciones para la TA y el Colesterol, no recuerda el nombre de los medicamentos ya que no ha cumplido con las indicaciones.

PA: Con antecedente de 3 días previos con tos y leve odinofagia además de cefalea que cede con paracetamol. Refiere que esta mañana salió a trotar y que a los 500 metros recorridos sintió un leve malestar de carácter opresivo en epigastrio que lo obligó a detenerse. Pasado unos 5 minutos y habiendo pasado el dolor, reinició su trote de vuelta a su auto con mayor suavidad y el dolor reapareció haciéndose más intenso ahora irradiándose a la zona precordial, raíz del cuello y antebrazo izquierdo junto a transpiración importante cansancio en aumento y sensación nauseosa. Regresa caminando a su auto y se dirige a su casa por persistencia del dolor. Su esposa lo encuentra sudoroso con la piel fría y cansado por lo que decide llamar una ambulancia.

EF: Peso 98 Kg. Talla 1.75 m. Pulso 100 x minuto con algunas interrupciones aisladas en la frecuencia. Presión Arterial 170 / 112 mmHg. Temperatura 36.2° C. Piel pálida, sudoroso, con intenso dolor a nivel de zona precordial. Cianosis leve en lechos ungueales. Yugulares algo ingurgitadas a 45 grados. Corazón: ritmo regular con tonos apagados y leve soplo sistólico a nivel del 5° espacio intercostal y línea axilar anterior. En el examen pulmonar se aprecia algunos estertores finos hacia las bases en ambos campos pulmonares. Abdomen sin datos patológicos. Extremidades con leve edema pretibial.



% de respuesta de los participantes

| DIAGNOSTICOS SINDROMATICOS | |
|---|-----|
| Coronario Agudo | 77% |
| Hipertensivo | 31% |
| Insuficiencia Respiratoria. | 31% |
| Insuficiencia Cardiaca | 23% |
| Sindrome Inflamatorio | 8% |
| ETIOLOGIA | |
| Metabólica | 92% |
| Infecciosa | 31% |
| Autoinmune | 8% |
| DIAGNOSTICO CLINICO | |
| Infarto agudo al miocardio en evolucion | 62% |
| Angina de pecho | 46% |
| Cardiopatía reumatica | 23% |
| Endocarditis bacteriana | 8% |

¿ Que estudios de laboratorio requiere el paciente ?

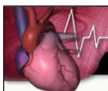
| | |
|------|--------------------------|
| 100% | Perfil Bioquímico |
| 100% | Enzimas Cardiacas |
| 100% | Biometría Hemática + VSG |
| 69% | EGO |
| 31% | Perfil de Lípidos |
| 31% | Troponinas T + I |
| 23% | PCR-Alta Sensibilidad |

| | |
|-----|----------------------------|
| 23% | Coagulograma |
| 15% | Gasometría Arterial |
| 15% | Homocisteína |
| 15% | Mioglobina |
| 15% | Péptido Natriurético (BNP) |
| 15% | Exudado faringeo |

¿ Cuales son los estudios de gabinete requiere para apoyar el diagnóstico ?

| | |
|------|----------------|
| 100% | ECG |
| 78% | Ecocardiograma |

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 56% | Tele de torax |
| 44% | Cateterismo y angiografía coronaria |



ÍNDICES DE RIESGO CORONARIO

| INDICES | RIESGO BAJO | RIESGO ALTO |
|-------------|-------------|-------------|
| COL T / HDL | < 4 | > 7 |
| PCR-H | < 1 | > 3 mg/l |

Meta-analysis by Danesh, and recommended by the PCR Expert Group



NIVELES DE DECISION CLINICA

| | |
|---------|--|
| < 3 | ↓ PCR < 3 mg/L = Riesgo Bajo Repetir en 1 año |
| > 3 x 1 | ↓ PCR > 3 mg/L = Riesgo Alto Confirmar en 1 mes |
| > 3 x 2 | ↓ PCR > 3 mg/L = Riesgo Alto Confirmado RAC |
| > 10 | ↓ PCR > 10 mg/L = Inflamación Identificar causa y repetir en 1 mes |