

Pruebas cardiológicas de uso habitual por el médicos de familia

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Ergometría
- Ecocardiografía
- Registro Holter de 24 horas

1. Pruebas cardiológicas de uso habitual por el médico de familia.

Electrocardiografía

- Mayor rentabilidad del ECG al integrar las alteraciones con la clínica, y otros datos complementarios y a ECGs previos
- ECG normal no excluye una cardiopatía estructural, aunque si existe una enfermedad cardíaca, puede sugerirse que ésta no tiene o no ha tenido aún repercusiones importantes en el tamaño o presión de las cavidades cardíacas (y/o en el sistema de conducción)
- ECG no son específicas de una patología concreta. Pueden encontrarse en determinadas cardiopatías, alteraciones óndicas o síndrome QT largo.
- En las cardiopatías, el ECG se a utilizar principalmente la información morfológica y rítmica de las ondas.
- En el paciente con diabetes, un ECG normal excluye prácticamente una miocardiopatía cardíaca (valor predictivo negativo < 50 %).

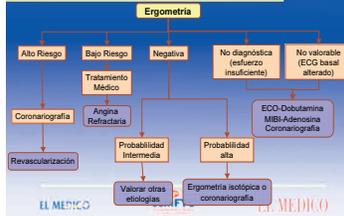
2. Electrocardiografía.

Ergometría: Indicaciones

- Valoración diagnóstica en pacientes con dolor torácico
- Valoración pronóstica y capacidad funcional en pacientes con angina u otra manifestación de cardiopatía isquémica crónica (post-infarto)
- Antes de la prescripción de ejercicio en pacientes con cardiopatía isquémica
- Seguimiento, después de revascularización coronaria
- Valoración de arritmias relacionadas con el esfuerzo
- Valoración de personas seleccionadas:
 - Presencia de múltiples factores de riesgo
 - Profesionales especiales (pilotos)
 - Previo a comenzar un programa de ejercicio vigoroso.

4. Ergometría: indicaciones.

Angina estable: Manejo clínico según estratificación de riesgo



5. Angina estable: manejo clínico según estratificación de riesgo.

Ecocardiografía: indicaciones

- Valoración de la función ventricular izquierda:
 - Sospecha clínica de insuficiencia cardíaca
 - Alto riesgo de presentar disfunción ventricular izquierda (después de un IAM)
- Valvulopatías y valoración de soplos cardíacos:
 - Diagnóstico de la valvulopatía
 - Valoración de las repercusiones funcionales de la valvulopatía (Eco-Doppler ha venido a sustituir en gran medida al cateterismo)
 - Efectos de terapia en pacientes mitralíticos. No indicación en estenosis de triángulo aórtico (aunque útil para otras lesiones)
- Valoración de la cardiopatía isquémica:
 - Diagnóstico en todos los pacientes con enfermedad coronaria asociada (sinclinal, intermedia y difusa) tras terapia con la coronariografía
 - Enfermedades del pericardio y otras alteraciones estructurales.
 - Mixoma, miocardiopatías.

8. Ecocardiografía: indicaciones.

Rx de Tórax

- Índice cardiotorácico > 0.50 : cardiomegalia, patología pericárdica y una masa mediastínica
- Crecimiento de aurícula izquierda: doble densidad justo por dentro del borde cardíaco derecho (proyección frontal)
- Signo de Hoffman-Riggler: hallazgo más específico de dilatación ventricular (proyección lateral)
- Siempre que exista un aumento de la silueta cardíaca, debe valorar la posibilidad de derrame pericárdico
- Signos de congestión:
 - Aumento en el número (distancia entre) de los espacios pulmonares superiores
 - Línea horizontal (línea h de Kama), engrosamiento de la línea costofrénica posterior y posterior (línea costofrénica)
 - Síndrome alveolar (patróns alveolares bilaterales de contornos mal definidos).

3. Rx de tórax.

Interpretación de la prueba de esfuerzo (I)

- Sensibilidad: 65-85 % (40 % en enfermedad de un solo vaso, 90 % en enfermedad de tres vasos) Especificidad: 85 %, VPP: 80 %
- Carece de indicación: ECG basales importantes (Síndrome WPW, escapeos, bloque completo de rama izquierda, desaxo basal del ST > 1 mm) la prueba de esfuerzo carece de indicación
- Criterios de positividad:
 - Clínicamente positiva (dolor anginoso con el esfuerzo) y/o electrograma positivo (descenso horizontal o descendente del segmento ST de 1-2 mm, en dos o más derivaciones ECG contiguas.
- Criterios de alta sospecha (angina coronaria leve): hallazgos de revascularización y/o indicación de coronariografía:
 1. Descenso del ST: mayor de 1 mm, después 1' u 2' de inicio
 2. Presencia de ST: elevación de ST
 3. Descenso del ST: menor de 1 mm, si o no en la recuperación.
 4. Hipotensión o respuesta plana de la TA con el ejercicio
 5. Inestabilidad para completar el estudio o del protocolo de Bruce o alcanzar 6.5 METS.

6. Interpretación de la prueba de esfuerzo (II).

Interpretación de la prueba de esfuerzo (II)

- Prueba de esfuerzo negativa:
 - Paciente con probabilidad clínica intermedia: descartar otras causas de dolor torácico.
 - Paciente con probabilidad clínica alta (a clínica y los FRCV): considerar el resultado como falso negativo, lo que nos conducirá a realizar exámenes adicionales.
- Prueba de esfuerzo no concluyente (15-20 %):
 - No se alcanzó un consumo energético suficiente (en general, 8 METS) a pesar del 85 % de la FC máxima prevista
 - No combinar con una prueba de esfuerzo negativa
 - Causas: falta muscular, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar
- Interpretación de la prueba de esfuerzo no concluyente:
 - Correlación clínica (con o sin pruebas de imagen)
 - Ecocardiografía de estrés (con ejercicio o fármacos, por ej. dobutamina)

7. Interpretación de la prueba de esfuerzo (II).

Pruebas cardiológicas de uso habitual por el médicos de familia

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Ergometría
- Ecocardiografía
- Registro Holter de 24 horas

9. Pruebas cardiológicas de uso habitual por el médico de familia.