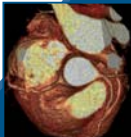
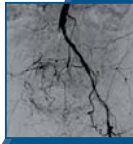
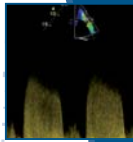


Test 2.^a Vuelta

Cardiología y cirugía cardiovascular

Preguntas



SEMIOLÓGÍA (T.2)

- ¿De cuál de las siguientes entidades es más característico el signo de Kussmaul?
 - Pericarditis constrictiva.
 - Taponamiento cardíaco.
 - Miocardiopatía hipertrófica.
 - Insuficiencia mitral.
- Es cierto, sobre la exploración física del aparato cardiovascular, que:
 - El primer ruido cardíaco se debe a la apertura de las válvulas auriculoventriculares.
 - La onda "a" del pulso yugular tiene lugar al principio de la sístole.
 - La onda "v" del pulso venoso yugular es prominente en la insuficiencia tricúspide.
 - El pulso bisferiens es típico de la estenosis aórtica severa.
- Un soplo diastólico de llenado puede oírse en las siguientes situaciones, EXCEPTO en:
 - La insuficiencia pulmonar.
 - La insuficiencia tricúspide.
 - El bloqueo completo.
 - La insuficiencia mitral.
- Señala la asociación cierta entre cardiopatía y hallazgo en la auscultación:
 - Clic mesosistólico - estenosis mitral.
 - Chasquido de apertura - insuficiencia mitral.
 - Desdoblamiento invertido del segundo ruido - comunicación interauricular.
 - Pulso *celer et altus* - insuficiencia aórtica.

- Señale cual de las siguientes afirmaciones es falsa:
 - La campana del estetoscopio es más adecuada para valorar el tercer y cuarto tono
 - El pulso paradójico es típico del taponamiento cardíaco.
 - El bloqueo de rama izquierda puede provocar desdoblamiento invertido del segundo ruido.
 - El aumento de intensidad de un soplo con la inspiración es sugestivo de un origen izquierdo de la valvulopatía.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN CARDIOLOGÍA (T.3)

- Señale la falsa:
 - El ecocardiograma transtorácico permite diagnosticar un taponamiento cardíaco.
 - La resonancia magnética cardíaca es de utilidad en el diagnóstico de la miocarditis aguda y permite diferenciarla del infarto de miocardio isquémico.
 - Un resultado positivo de una ergometría no siempre obliga a la realización de una coronariografía
 - El tronco coronario izquierdo se divide en arteria descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha.
- El catéter de Swan-Ganz en un paciente con *shock* permite calcular todos, MENOS uno de los parámetros siguientes:
 - Gasto cardíaco.
 - Presión capilar pulmonar.
 - Resistencias periféricas.
 - Presión intraarterial sistémica.
- Normalmente, el intervalo QT corregido debe medir:
 - Menos de 120 ms.
 - Entre 120 y 200 ms.

- 3) Más de 0,5 s.
- 4) Menos de 450 ms.

FÁRMACOS (T.4)

9. ¿Qué fármaco aumenta la supervivencia en la ICC con FEVI conservada?

- 1) Bbetabloqueantes.
- 2) Ninguno
- 3) IECAS.
- 4) Espironolactona

10. Señale la opción FALSA con respecto a la digoxina:

- 1) Aumenta la contractilidad.
- 2) Disminuye la frecuencia cardíaca.
- 3) Aumenta la concentración de calcio intracelular.
- 4) Se elimina fundamentalmente por el hígado.

11. ¿En cuál de las siguientes circunstancias considera que la digoxina puede ser perjudicial?

- 1) Paciente con fibrilación auricular crónica, que presenta ECG con ritmo ventricular regular de QRS ancho a 30 lpm, y sin ondas «p».
- 2) Paciente con disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y bloqueo AV completo, portador de marcapasos definitivo.
- 3) Paciente con fibrilación auricular y respuesta ventricular rápida.
- 4) Paciente en ritmo sinusal, con ventrículo izquierdo dilatado e insuficiencia cardíaca.

12. ¿Cuál de las siguientes situaciones o fármacos NO aumentan los efectos o niveles de digoxina?

- 1) Hipotiroidismo.
- 2) Hipocalcemia.
- 3) Anemia.
- 4) Amiodarona.

13. Cúal de los siguientes fármacos NO es frenador del NAV:

- 1) Atenolol.
- 2) Quinidina.
- 3) Verapamilo.
- 4) Digoxina.

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- 1) La amiodarona es un fármaco antiarrítmico útil en arritmias supraventriculares y ventriculares.

- 2) La flecainida ha demostrado mejorar la supervivencia en pacientes con IAM previo y arritmias ventriculares.
- 3) El sotalol es un fármaco betabloqueante con propiedades antiarrítmicas de grupo III.
- 4) La adenosina es útil para el tratamiento de las taquicardias supraventriculares paroxísticas.

15. Utilizaría abciximab en pacientes con:

- 1) Angina estable.
- 2) SCACEST.
- 3) Shock cardiogénico.
- 4) TEP.

16. ¿Cuál es el mecanismo de acción del levosimendán?

- 1) Inhibidor de los receptores de endotelina.
- 2) Antagonista de los receptores IIb/IIIa.
- 3) Análogo de los péptidos natriuréticos.
- 4) Agente sensibilizante al calcio intracelular.

17. Señala la asociación FALSA entre betabloqueante y su característica:

- 1) Atenolol - cardioselectivo.
- 2) Sotalol - prolonga el QT.
- 3) Esmolol - vida media corta.
- 4) Propranolol - cardioselectivo.

18. Señale la asociación falsa:

- 1) Isoprotenerol – Tratamiento de los bloqueos auriculo-ventriculares.
- 2) Adrenalina – Tratamiento de la parada cardíaca
- 3) Verapamilo – Tratamiento del Shock cardiogénico.
- 4) Digoxina – Tratamiento de la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

ARRITMIAS (T.6 Y 7)

19. En uno de los siguientes tipos de bloqueo AV existe alargamiento progresivo del PR:

- 1) Primer grado.
- 2) Mobitz I.
- 3) Mobitz II.
- 4) Bloqueo de alto grado.

20. ¿Cuál de las siguientes situaciones es indicación de marcapasos definitivo?

- 1) Paciente con bloqueo AV transitorio durante la fase aguda de un IAM inferior.

- 2) Paciente de 80 años con enfermedad del nódulo sinusal y síncope de repetición.
- 3) Paciente con bloqueo de rama izquierda asintomático.
- 4) Paciente con bloqueo de rama derecha, hemibloqueo anterior y bloqueo AV de primer grado asintomático.
21. Con respecto a la fibrilación auricular (FA), es FALSO:
- 1) Su existencia indica que necesariamente existe una cardiopatía estructural.
 - 2) No existen ondas P en el electrocardiograma.
 - 3) Los complejos QRS no guardan una distancia regular entre ellos.
 - 4) El primer ruido cardíaco tiene una intensidad variable en la auscultación.
22. ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor de riesgo embólico en la fibrilación auricular?
- 1) Insuficiencia cardíaca congestiva crónica.
 - 2) Tromboembolia previa.
 - 3) Varón de 50 años con FA crónica sin cardiopatía.
 - 4) Mujer mayor de 75 años.
23. De los siguientes fármacos antiarrítmicos, ¿cuál cree usted que tiene mayor probabilidad de éxito para cardiovertir una fibrilación auricular paroxística?
- 1) Verapamilo.
 - 2) Digoxina.
 - 3) Diltiazem.
 - 4) Amiodarona.
24. Un varón de 78 años, sin antecedentes de enfermedad cardíaca conocida, acude a Urgencias a las tres de la mañana por disnea de dos días de evolución. En la exploración se objetiva la presencia de ondas "a" en cañón irregulares, elevación de la presión venosa yugular y crepitantes en ambas bases. La frecuencia del pulso es de 34 lpm y la presión arterial sistólica de 90 mmHg. En el ECG se objetiva la presencia de ondas P a 85 lpm y complejos QRS rítmicos, de 240 ms de duración a 34 lpm. ¿Qué tratamiento le parece el adecuado para este paciente?
- 1) Cardioversión eléctrica.
 - 2) Aleudrina i.v., diuréticos y monitorización ECG.
 - 3) Digoxina i.v., diuréticos y monitorización ECG.
 - 4) Implantación de marcapasos.
25. Un paciente con antecedentes de EPOC acude a Urgencias por disnea y palpitaciones. En el ECG se observa taquicardia regular a 150 lpm, con QRS de 120 ms con R dominante en V1 y V2 y S profundas en V5 y V6, y ondas F a 300 lpm. El paciente tiene antecedentes de bloqueo de rama derecha conocido. Señale la correcta:
- 1) Probablemente se trate de una fibrilación auricular.
 - 2) Dado que presenta BCRI, probablemente se trata de una TVMS.
 - 3) El tratamiento de elección es quinidina.
 - 4) Es un flutter auricular.
26. ¿En cuál de las siguientes situaciones NO estaría indicada la implantación de un marcapasos?
- 1) Pausas sinusales diurnas superiores a 3 segundos en personas sintomáticas y mayores de 65 años y sin causas corregibles.
 - 2) Bloqueo AV de 2º grado tipo Mobitz II, asintomático.
 - 3) Bloqueo bifascicular asintomático.
 - 4) Bloqueo AV completo adquirido con frecuencia de escape de 40 latidos por minuto.
27. Un varón de 35 años acude a su cardiólogo por sensación de "vuelcos en el corazón". No refiere otros síntomas cardiológicos. Se realiza un ECG, donde se objetivan dos extrasístoles ventriculares. Se piden las siguientes pruebas complementarias: Holter, en el que se observa extrasístolia de alta densidad, ecocardiograma, que resulta normal, y ergometría, que resulta clínica y eléctricamente negativa a alta carga. ¿Cuál cree usted que es el siguiente paso?
- 1) Dejar de gastar el dinero público en pruebas complementarias y recomendar al paciente abandono del tabaco, café y estimulantes.
 - 2) Pedir coronariografía para descartar enfermedad coronaria.
 - 3) Atenolol.
 - 4) Solicitar estudio electrofisiológico.
28. Señale lo INCORRECTO, con respecto al síndrome del Wolff-Parkinson-White:
- 1) En el síndrome de Wolff-Parkinson-White es característica existencia de PR < 120 ms en el electrocardiograma.
 - 2) Se produce por la existencia de una vía anómala de conexión auriculoventricular, denominada haz de Kent.
 - 3) La aparición de fibrilación auricular no conlleva un riesgo excesivo y puede tratarse con calcioantagonistas para controlar la frecuencia cardíaca.
 - 4) Son frecuentes las taquicardias supraventriculares paroxísticas, usando la vía anómala de forma retrógrada.
29. En un paciente joven con un síndrome de WPW muy sintomático, y manifestaciones clínicas frecuentes, el tratamiento de elección es:
- 1) Quinidina.
 - 2) Digoxina.
 - 3) Procainamida.
 - 4) Ablación, mediante radiofrecuencia en el laboratorio de electrofisiología.