

-
- 1) En relación a los procedimientos de revascularización miocárdica en pacientes diabéticos. ¿Cuál es el tratamiento a seguir?
- * a) La cirugía de by pass coronario es el procedimiento de elección en la enfermedad de múltiples vasos y un score de SYNTAX mayor o igual a 33.
 - b) La angioplastia percutánea transluminal con stent farmacológicos es el procedimiento de elección en la enfermedad de múltiples vasos y un score de SYNTAX mayor o igual a 33.
 - c) En la angioplastia el uso de stent metálicos (BARE STENT) es preferible al uso de stent farmacológicos
 - d) En la angioplastia con stent farmacológicos deben recibir tratamiento con doble antiagregación plaquetaria (aspirina y clopidogrel o ticagrelol o prasugrel) de por vida.
-
- 2) ¿Cuál de los siguientes marcadores solicitaría en un paciente que se presenta en un servicio de emergencias con diagnóstico de SCSST?
- a) TGO-TGP
 - b) CPK-LDH
 - * c) TROPONINA I - TROPONINA T
 - d) PÉPTIDO NATRIURETICO (PRO BNP)
-
- 3) Según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la reparación mitral transcáter en pacientes con insuficiencia mitral severa crónica (estadio D), sintomáticos en clase funcional III-IV que poseen anatomía favorable para la reparación y expectativa de vida pero que poseen un riesgo quirúrgico prohibitivo?
- a) Clase I nivel de evidencia B
 - b) Clase IIa nivel de evidencia B
 - c) Clase IIb nivel de evidencia A
 - * d) Clase IIb nivel de evidencia B
-
- 4) ¿Cuál de estos hallazgos del examen físico es el único confiable en descartar la presencia de una estenosis aórtica severa?
- a) Murmullo sistólico tardío 3/6 con irradiación a ambas arterias carótidas
 - b) Murmullo sistólico tardío 3/6 con irradiación a la arteria carótida izquierda
 - * c) Segundo ruido cardíaco normal
 - d) Pulso carotídeo disminuido y retrasado
-
- 5) ¿Cuándo no está indicado el trasplante cardíaco?
- a) En pacientes con shock cardiogénico refractario.
 - b) En pacientes con documentada dependencia a inotrópicos endovenosos para mantener una adecuada perfusión periférica.
 - * c) En pacientes con fracción de eyección menor a 40% post infarto de miocardio, en clase funcional I de la NYHA
 - d) En pacientes con consumo de oxígeno menor a 10 ml/Kg/min.
-
- 6) ¿Qué elemento predice en forma independiente el tipo de tratamiento a elegir en un paciente con estenosis aórtica severa?
- * a) La presencia de comorbilidades
 - b) Un score de calcio exuberante
 - c) Un síndrome de Leriche
 - d) Tomografía Multislice
-
- 7) ¿En qué circunstancia es útil la Reserva Fraccional de Flujo (FFR)?
- * a) En la evaluación fisiológica y funcional
 - b) Cuando obtenemos un resultado positivo con valor de 0.9
 - c) En la evaluación del vasoespaso como causa de isquemia.
 - d) Cuando observamos una estenosis superior al 75% angiográfica

- 8) ¿En qué paciente con enfermedad vascular de miembros inferiores indica un procedimiento de revascularización?
- a) Asintomáticos pero con un índice tobillo/brazo entre 1-0.9.
 - * b) Sintomáticos, con un índice tobillo/brazo menor a 0.4 sin respuesta al tratamiento farmacológico y ejercicio.
 - c) Diabéticos con evidencia de enfermedad vascular de miembros inferiores por estudios no invasivos.
 - d) Con evidencias por estudios invasivos o no invasivos de enfermedad vascular periférica.
-
- 9) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la cirugía valvular mitral en pacientes sintomáticos con regurgitación mitral severa crónica primaria y disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección menor a 30%) (estadio D)?
- a) Clase II nivel de evidencia A
 - b) Clase II nivel de evidencia B
 - c) Clase II nivel de evidencia C
 - * d) Clase IIb nivel de evidencia C
-
- 10) Consulta un paciente de 49 años, tabaquista, con antecedentes de hernia hiatal y gastritis, por dolor precordial de una hora de duración, urente, irradiado al cuello, acompañado de náuseas y pálido. La tensión arterial 130/80 mm Hg, FC: 90 latidos por minuto; FR: 22 por minuto; sin otros hallazgos significativos. El laboratorio presenta: hematocrito 39%, glóbulos blancos 11.400 mm³; urea 45 mg/dl; CPK 102 UI/l; CPK MB 9 UI/l; troponina T negativa. La radiografía de tórax es normal y el ECG con ritmo sinusal, supradesnivel del ST de 3mm en DI, AvL y V1 a V6. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo y la conducta más adecuada?
- * a) Infarto agudo de miocardio, administración de oxigenoterapia, ácido acetilsalicílico, atenolol, y evaluar estrategia de reperfusión inmediata
 - b) Gastritis, indicación de inhibidores de la bomba de protones y sucralfato y control por consultorios externos de gastroenterología
 - c) Angina inestable, internación en UCO y coronariografía diferida
 - d) Esofagitis erosiva, indicación de inhibidores de la bomba de protones y procinéticos y control por consultorios externos de gastroenterología
-
- 11) En el cierre de CIA OS con dispositivo oclisor en cualquiera de sus tipos. ¿Cuál es el borde más importante para el anclaje del dispositivo?
- a) Retro aórtico
 - b) Vena cava superior
 - c) Válvulas auriculoventriculares
 - * d) Vena cava inferior
-
- 12) Un paciente debe realizarse un estudio de perfusión SPECT. ¿Cuál de estas condiciones constituye una indicación de realizar apremio farmacológico en lugar de esfuerzo?
- * a) Bloqueo completo de rama izquierda
 - b) Edad avanzada
 - c) Angina Inestable
 - d) Infarto previo con insuficiencia cardíaca
-
- 13) ¿Cómo está considerado el cateterismo cardíaco en la enfermedad valvular cardíaca?
- a) Es el gold standar para diagnóstico de la enfermedad valvular y determina el tratamiento
 - b) Es el gold estándar para diagnóstico de la enfermedad valvular y siempre se debe realizar como evaluación prequirúrgica antes de la cirugía cardiovascular
 - c) El cateterismo solo se realiza ante la sospecha de enfermedad coronaria asociada
 - * d) El cateterismo se realiza siempre para evaluar enfermedad coronaria asociada

14) ¿Que esquema antiagregante indicaría en un paciente con evidencia clínica o por estudios no invasivos/invasivos de enfermedad arterial periférica de miembros inferiores para disminuir el riesgo de infarto, accidente cerebrovascular o muerte vascular?

- * a) Aspirina 75-325 mg/día
- b) Aspirina y Clopidogrel en pacientes con un índice tobillo menor a 1.
- c) No indicar antiagregación plaquetaria excepto que haya sido sometido a un procedimiento de revascularización.
- d) Todos deben recibir aspirina y warfarina/acenocumarol.

15) ¿Cuál es la etiología más frecuente de la insuficiencia valvular aortica crónica?

- * a) Válvula bicúspide y la esclerocalcificación valvular.
- b) Enfermedad valvular reumática
- c) Endocarditis infecciosa
- d) Lupus eritematoso sistémico

16) ¿Cuál de los siguientes métodos permite realizar una evaluación funcional invasiva de una lesión coronaria?

- a) Ultrasonido intravascular (IVUS)
- b) Aterectomía Rotacional (Rotablator)
- c) Tomografía de Coherencia Óptica (OCT)
- * d) Reserva Fraccional de Flujo (FFR)

17) Ante un paciente con dolor precordial anginoso, con hemiparesia faciobraquial derecha y disartria ¿Cuál sería el diagnóstico más probable a considerar?

- a) Infarto de miocardio subagudo con embolia trombotica periférica
- b) Miocarditis aguda, con meningismo asociado, ambas causas probablemente virales.
- * c) Disección de aorta tipo A con compromiso del ostium coronario derecho
- d) Tromboembolismo de pulmón con embolia cerebral asociada

18) ¿Cuándo es razonable el uso de la Resonancia Magnética Cardíaca para el diagnóstico de la Insuficiencia Mitral?

- * a) Para evaluar los volúmenes ventriculares, la severidad de la regurgitación y la función cuando por ecocardiografía no son concluyentes
- b) Para evaluar las características anatómicas del anillo valvular
- c) Para evaluar la hipertensión pulmonar y la repercusión en las cavidades derechas
- d) Para determinar que técnica quirúrgica se debe utilizar

19) ¿Cuál es el área valvular mitral a partir de la cual se considera que la estenosis es severa?

- a) 1.0 cm²
- b) 1.2 cm²
- * c) 1.5 cm²
- d) 1.6 cm²

20) ¿Cuál es la causa más frecuente de estenosis de las arterias renales?

- * a) Enfermedad aterosclerótica
- b) Fibrodisplasia muscular
- c) Disección espontánea de las arterias renales
- d) Arteritis de Takayasu

21) ¿En cuál de los siguientes casos indicaría realizar un estudio para determinar la presencia de estenosis en las arterias renales?

- a) En todos los pacientes hipertensos bajo tratamiento médico e hipertensión controlada
- b) En pacientes sin hipertensión pero con enfermedad vascular periférica
- c) Pacientes diabéticos de larga data con insuficiencia renal crónica
- * d) Pacientes con hipertensión arterial antes de los 30 años de edad o hipertensión grave después de los 55 años de edad.

22) ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación absoluta para el uso de trombolíticos en un paciente con IAM?

- a) El uso actual de anticoagulantes a dosis terapéuticas (RIN 2-3)
- * b) Una hemorragia cerebral previa ocurrida en cualquier momento en el pasado
- c) Una RCP prolongada (mayor de 10 minutos)
- d) Cirugía mayor en los últimos 2 años

23) Un paciente de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, concurre al hospital por dolor epigástrico acompañado de sudoración profusa de 6 hs de evolución. El ECG presenta signos de hipertrofia ventricular izquierda sin evidencia de isquemia. Se realiza una TAC de tórax con contraste en la que se aprecia un hematoma intramural de aorta torácica descendente que se extiende hasta la aorta abdominal por encima del tronco celiaco. ¿Cuál es el tratamiento inicial más adecuado?

- a) Tratamiento quirúrgico reparador
- b) Infusión de nitroprusiato y colocación de prótesis endovascular
- * c) Infusión de labetalol y nitroprusiato
- d) Infusión de nitroprusiato y tratamiento quirúrgico reparador

24) El estudio ERACI II comparó angioplastia con stent vs cirugía de revascularización miocárdica en Argentina. ¿Que resultado se determinó en el seguimiento a 2 años?

- a) Mayor IAM en el grupo angioplastia
- b) Mayor necesidad de revascularización en el grupo cirugía
- * c) Menor mortalidad en el grupo angioplastia
- d) Mayor tasa de eventos combinados (MACE) en el grupo cirugía

25) ¿Cuándo se establece la disfunción ventricular izquierda en la insuficiencia mitral crónica?

- a) Fracción de eyección cae a 40% y el volumen ventricular no es menor a 50 ml al final de la sístole
- * b) Fracción de eyección cae de 70% a 60% y el volumen ventricular no es menor a 40 ml al final de la sístole
- c) Fracción de eyección cae a 30% y el volumen ventricular no es menor a 60 ml al final de la sístole
- d) Fracción de eyección cae a 70% y el volumen ventricular no es menor a 30 ml al final de la sístole

26) Según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la realización de una valvuloplastia aortica percutánea como puente al reemplazo valvular transcáteter (TAVR) en pacientes sintomáticos con estenosis aortica severa?

- a) Clase I Nivel de evidencia B
- b) Clase IIa Nivel de evidencia A
- c) Clase IIb Nivel de evidencia B
- * d) Clase IIb Nivel de evidencia C

27) ¿En que circunstancia esta indicado el cierre de la Comunicación Interauricular (CIA)?

- a) CIA con hiperflujo de cavidades derechas independientemente del tamaño
- b) CIA en pacientes menores de 40 años
- c) CIA Ostium Secundum (OS) con qp/q_s menor de 1.5
- * d) CIA OS mayor de 5 años, con anatomía favorable y flujo de I/D relevante

28) ¿Qué comparó el estudio aleatorizado multicentrico FREEDOM realizado en pacientes diabéticos?

- * a) La cirugía de by pass coronario vs angioplastia con stent farmacologicos de primera generación en enfermedad de multiples vasos
- b) La cirugía de by pass coronario vs angioplastia con stent no farmacologicos en enfermedad de multiples vasos
- c) La cirugía de by pass coronario vs angioplastia con stents no farmacologicos en pacientes con diabetes mellitus
- d) La cirugía de by pass coronario vs angioplastia con stent farmacologicos en el infarto agudo de miocardico con shock cardiogénico

29) ¿Que tratamiento no se debe realizar en la miocardiopatía dilatada?

- a) Revascularización coronaria por cirugía o por vía endovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca que bajo tratamiento médico óptimo tienen angina y anatomía coronaria adecuada para revascularizar.
- b) El implante de cardiodesfibrilador en insuficiencia Cardíaca con fracción de eyección menor a 35%, de causa no isquémica o isquémica, en clase funcional II o III bajo tratamiento médico óptimo y con una expectativa de vida mayor a un año.
- c) El resincronizador cardíaco en pacientes con fracción de eyección menor o igual a 35%, bloqueo de rama izquierda con un QRS de 150 mseg o mayor y clase funcional III o IV con tratamiento médico completo.
- * d) La resincronización cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca en clase funcional I, II de la clasificación de NYHA, fracción de eyección menor a 35%, ritmo sinusal y QRS de duración normal

30) Cuál es la presentación de un paciente con estenosis aórtica severa?

- * a) Murmullo cardíaco, síntomas, hallazgos incidentales en test de imágenes no invasivas de anomalías en la válvula, presencia de hallazgos en el electrocardiograma, una historia clínica y examen físico meticuloso combinados o aislados.
- b) Ningún hallazgo y solo por el electrocardiograma
- c) Ningún hallazgo y solo por el ecotranstorácico
- d) Soplo sistólico siempre presente

31) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la evaluación multidisciplinaria por un equipo especializado (heart team) sobre la intervención en un paciente con enfermedad valvular severa?

- a) Clase I Nivel de evidencia A
- * b) Clase I Nivel de Evidencia B
- c) Clase I Nivel de Evidencia C
- d) Clase II Nivel de Evidencia A

32) Un paciente de 35 años consulta por dolor torácico retroesternal en puntada, no asociado a esfuerzos. Presenta como factores de riesgo cardiovascular tabaquismo leve y sedentarismo. ¿Cuál es su interpretación y la conducta más adecuada a seguir?

- * a) Dolor inespecífico e indica prueba ergométrica graduada
- b) Dolor de causa no cardíaca e indica evaluación por gastroenterología
- c) Probable crisis de pánico e indica alprazolam y control por psicopatología
- d) Un síntoma no relevante e informa a la paciente que se asocia al estrés

33) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la cirugía valvular mitral en pacientes sintomáticos con fracción de eyección mayor de 30% y regurgitación mitral severa crónica primaria (estadio D)?

- a) Clase II nivel de evidencia A
- b) Clase II nivel de evidencia B
- c) Clase II nivel de evidencia C
- * d) Clase I nivel de evidencia B

34) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la reparación valvular mitral transcáter en pacientes sintomáticos CF III-IV (estadio D) con regurgitación mitral severa crónica primaria que tienen comorbilidades y hacen inoperables a los pacientes, que a su vez tienen una razonable expectativa de vida y son refractarios al tratamiento médico completo?

- a) Clase I nivel de evidencia A
- b) Clase I nivel de evidencia B
- c) Clase II nivel de evidencia C
- * d) Clase IIb nivel de evidencia B

- 35) ¿Que conducta indicaría a un paciente con insuficiencia aortica progresiva con vena contracta menor o igual a 0,6 cm, volumen regurgitante menor o igual a 60 ml/latido, una fracción regurgitante menor a 50% y un orificio regurgitante efectivo menor a 0,3 cm²?
- a) Cirugia electiva de reemplazo valvular
 - b) Cirugia de urgencia de reemplazo valvular y plastica de aorta ascendente
 - * c) Monitoreo periodico
 - d) Reemplazo valvular aortico transcater (TAVR)
-
- 36) Según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la realización de valvuloplastia mitral percutánea en pacientes asintomáticos con estenosis mitral severa y anatomía favorable?
- a) Clase I nivel de evidencia B
 - b) Clase I nivel de evidencia A
 - c) Clase IIa nivel de evidencia B
 - * d) Clase IIa Nivel de evidencia C
-
- 37) ¿Cuál es la conducta a seguir en un paciente de 45 años cursando postoperatorio reciente de cirugía de rodilla y cuadro de disnea, oliguria e hipotensión donde se sospecha un tromboembolismo pulmonar?
- * a) Considerar uso de fibrinolíticos
 - b) Iniciar anticoagulación y solicitar troponina
 - c) Solicitar ecocardiograma para evaluar compromiso de VD e iniciar tratamiento inotrópico.
 - d) Iniciar anticoagulación y solicitar centellograma V/Q
-
- 38) ¿Cuándo esta indicado el cierre del foramen oval permeable?
- a) Accidente Cerebrovascular (ACV) isquemico, primer episodio de paciente previamente sano
 - b) Foramen oval permeable con shunt de derecha a izquierda descubierto por ecocardiograma de control
 - * c) Foramen oval permeable en el contexto de ACV recurrente sin otra fuente de embolia evidenciable
 - d) Fibrilación auricular con contraindicación de anticoagulación
-
- 39) ¿Qué información me brinda el agregado de GATED SPECT a un estudio de perfusión miocárdica en la evaluación de pacientes con cardiopatía isquemica?
- * a) Fracción de eyección, volúmenes ventriculares y motilidad parietal
 - b) Score de isquemia de alto riesgo
 - c) No agrega información a la perfusión
 - d) Descarta la etiología isquemica de la miocardiopatía
-
- 40) Paciente con ACV hemorragico en el contexto de fibrilación auricular anticoagulado con acenocumarol (ACO), se realiza Ecocardiograma transesofagico (ETE) que muestra un apéndice auricular izquierdo de 30 mm de diametro en su cuello, score CHADS 2. ¿Que tratamiento indicaría usted en forma crónica?
- a) Cierre del apéndice auricular con Cardiac Plug de Amplatzer
 - * b) Cierre del apéndice auricular con Watchman
 - c) Continuar con ACO luego del periodo agudo
 - d) Pasar a acido acetilsalicilico (AAS)
-
- 41) ¿Con que dispositivo fue aprobado recientemente el cierre del apéndice auricular izquierdo?
- * a) Watchman
 - b) Cardiac Plug de Amplatzer
 - c) Cardiac Doble Disco de Amplatzer
 - d) Lariat

42) ¿Cuál es el comportamiento clínico más frecuente de los aneurismas de aorta abdominal?

- * a) Son asintomáticos en el 75% de los casos
- b) Producen dolor epigástrico y lumbar izquierdo esporádico
- c) Provocan episodios isquémicos en los miembros inferiores
- d) Se manifiestan por problemas hemodinámicos y tromboticos

43) ¿Cuándo está indicado el uso de anticoagulación crónica en pacientes con insuficiencia cardíaca?

- a) En todos los pacientes con insuficiencia cardíaca, sin antecedentes de fibrilación auricular, un evento embólico o una fuente cardioembólica
- * b) En todos los pacientes con insuficiencia cardíaca, con antecedentes de fibrilación auricular, un evento embólico o una fuente cardioembólica
- c) Solo en los pacientes con insuficiencia cardíaca post infarto
- d) Si el riesgo de tromboembolismo en pacientes con insuficiencia cardíaca con baja fracción de eyección en ausencia de fibrilación auricular es mayor al 20%

44) ¿Por qué está indicado el test de ejercicio en el estadio C1 de la estenosis aórtica?

- * a) Por estar asintomática
- b) Por tener bajo gradiente secundario a baja fracción de eyección
- c) Por estar sintomática con bajo gradiente
- d) Por estar sintomática con baja fracción de eyección

45) En pacientes cursando un infarto agudo de miocardio con shock cardiogénico (Kyk D). ¿Cuál es la indicación que disminuye la mortalidad?

- a) La utilización de balón de contrapulsación aórtica
- b) No realizar angioplastia primaria pasadas las 12 horas
- * c) Realizar revascularización completa durante la angioplastia primaria
- d) Nitroglicerina ajustada al peso, tratamiento médico e internación en unidad coronaria

46) ¿Qué característica presenta la angiografía coronaria o coronariografía?

- a) Una tasa de complicaciones del 15%
- b) Menor riesgo de complicaciones en los pacientes mayores de 70 años, con grave deterioro de la función ventricular o alteraciones de la coagulación
- * c) Mayor riesgo de producir nefropatía por contraste en pacientes diabéticos o insuficiencia renal crónica
- d) Debe ser realizado en todo paciente con enfermedad coronaria crónica estable independientemente de los resultados en los estudios no invasivos, para conocer anatomía coronaria.

47) Según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la realización de un estudio hemodinámico invasivo para la evaluación de la severidad de la estenosis tricuspídea sintomática cuando los estudios clínicos y no invasivos son discordantes?

- a) Clase IIa nivel de evidencia B
- b) Clase IIb nivel de evidencia A
- * c) Clase IIb nivel de evidencia C
- d) Clase III

48) ¿Cómo se debe incrementar la dosis de dobutamina en el test de bajas dosis en el ecostress?

- * a) 5 mcg/Kg/min hasta un máximo de 20 mcg/kg/min
- b) 5 mcg/Kg/min hasta un máximo de 25 mcg/kg/min
- c) 3,5 mcg/kg/min hasta un máximo de 14 mcg/kg/min
- d) 10 mcg/kg/min hasta un máximo de 30 mcg/kg/min

49) Según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál de los siguientes pacientes presenta contraindicación absoluta para la realización del reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVR)?

- a) Expectativa de vida menor a 3 años
- b) Expectativa de vida menor a 2 años
- c) Expectativa de supervivencia menor a 50% a los 2 años
- * d) Expectativa de supervivencia menor a 25% a los 2 años

50) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la indicación del TAVR en pacientes de alto riesgo quirúrgico?

- a) Clase I nivel de evidencia A
- * b) Clase IIa nivel de evidencia B
- c) Clase I nivel de evidencia C
- d) Clase IIb nivel de evidencia C

51) ¿Qué método de control complementario está indicado para el cierre del foramen oval por vía endovascular?

- a) Radioscopia exclusivamente
- b) Ecocardiograma transesofágico
- * c) Ecocardiograma transesofágico y radioscopia
- d) Ecocardiograma intracardiaco

52) ¿En qué situación estaría indicado el cierre endovascular de la comunicación interventricular (CIV)?

- * a) En postinfarto con compromiso hemodinámico
- b) En subtricuspidia con insuficiencia cardíaca
- c) En conotracales no restrictivas
- d) En del inlet

53) ¿Cuál de las siguientes características presentan los antiagregantes plaquetarios utilizados en los SCASST?

- a) El clopidogrel, prasugrel y ticagrelor son prodrogas que deben ser convertidas a un metabolito activo antes de unirse a los receptores P2Y12.
- b) El prasugrel es un antiagregante plaquetario que está indicado en pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular, mayores de 75 años y pacientes de bajo peso.
- * c) El ticagrelor es un inhibidor reversible de los receptores P2Y12, con una vida media plasmática más corta y un comienzo de acción más rápido en comparación al clopidogrel.
- d) El tirofiban y eptifibatide son dos inhibidores directos de la trombina y solo deben ser utilizados en pacientes con SCASST que son derivados a una estrategia invasiva.

54) ¿Cuál es la sensibilidad de la ecografía doppler para el diagnóstico de la estenosis de la arteria renal?

- a) Menor al 10%
- b) 30%
- * c) 84 a 98%
- d) 100%

55) Según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la evaluación de los cambios fisiológicos con el ejercicio y para la confirmación de la ausencia de síntomas en pacientes asintomáticos con calcificación valvular aórtica, con una velocidad aórtica de 0,4 m/s o mayor ó gradiente aórtico medio de 40 mm Hg o mayor?

- a) Clase I nivel de evidencia C
- b) Clase I nivel de evidencia A
- c) Clase IIa nivel de evidencia A
- * d) Clase IIa nivel de evidencia B

- 56) ¿Cuál es el esquema antiplaquetario que le indicaría a un paciente con un SCASST luego de una angioplastia coronaria con colocación de un stent farmacoactivo?
- a) Aspirina y acenocumarol durante 12 meses
 - b) Aspirina clopidogrel y acenocumarol durante 12 meses
 - c) Aspirina y clopidogrel durante 1 mes
 - * d) Aspirina y clopidogrel (o ticagrelor o prasugrel) durante 12 meses.
-
- 57) ¿Cuál es la conducta mas apropiada en un paciente con CIA OS de 32 mm de diametro, con Hipertensión pulmonar mayor a 2/3 sistemicos y Qp/Qs significativo?
- a) Cierre de CIA quirurgica previo cateterismo diagnostico
 - * b) Cierre de CIA previa prueba de oclusión con catéter balón
 - c) Tratamiento médico con vasodilatadores pulmonares
 - d) Cierre de CIA sin pruebas de oclusión con dispositivo fenestrado
-
- 58) ¿Cuándo está indicada la angioplastia de tronco de la coronaria izquierda?
- a) Pacientes con score de SYNTAX mayor a 33 y riesgo de mortalidad quirúrgica mayor a 2% por STS
 - * b) Pacientes con score de SYNTAX menor a 22 y riesgo de mortalidad quirúrgica mayor a 5% por STS
 - c) Pacientes con score de SYNTAX menor a 33 y riesgo de mortalidad quirúrgica menor a 2% por STS
 - d) Independientemente del score de syntax ya que tiene menos tasa de revascularización que la cirugía
-
- 59) En los estadios de la estenosis aortica. ¿Cuál es el estadio que identifica a la obstrucción hemodinamica progresiva?
- a) Estadio A
 - * b) Estadio B
 - c) Estadio C
 - d) Estadio D
-
- 60) ¿Cuál de las siguientes enunciados se observa en los sindromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST (SCASST)?
- * a) Presencia de enfermedad obstructiva coronaria en mujeres es de menor gravedad que en los hombres
 - b) Uso actual o previo de aspirina no se asocia con mayor riesgo en los pacientes con SCASST
 - c) Pacientes con un score de TIMI elevado son los que menos se benefician con el tratamiento anticoagulante, antiagregante plaquetario o invasivo (coronariografía)
 - d) Uso de fibrinolíticos esta indicado en aquellos pacientes que se presentan con un SCASST
-
- 61) ¿Cuál de los siguientes estudios indicaría para evaluar la presencia de cardiopatía isquémica?
- * a) Perfusión miocárdica SPECT 99TC-MIBI reposo/esfuerzo
 - b) PET/CT con F18-FDG
 - c) TAC multislice
 - d) RMN con Gadolinio
-
- 62) ¿Cuándo indicamos una cinecoronariografía?
- a) Para establecer si una placa aterosclerótica es estable o vulnerable
 - b) Para que no exista variabilidad interobservador cuando se analiza una lesión coronaria
 - c) Como primer estudio para estratificar el riesgo en pacientes con enfermedad coronaria crónica estable
 - * d) En aquellos pacientes con clínica o estudios no invasivos que sugieren alta probabilidad de enfermedad coronaria grave y candidatos para revascularización

63) ¿Cuál de las siguientes características determina la insuficiencia cardiaca?

- * a) Se incrementa con la edad y la mortalidad a los 5 años luego del diagnóstico es del 50%
- b) El abuso de alcohol y de drogas (cocaína) no se asocia con el desarrollo de miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardiaca
- c) El uso de péptido natriurético (BNP/pro-BNP) no es de utilidad para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en pacientes que consultan por disnea
- d) La biopsia endomiocárdica debe ser un procedimiento de rutina en todos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca

64) ¿Cuándo se utiliza el cateterismo cardiaco para el diagnóstico de la estenosis aortica?

- a) Cuando los datos de los métodos no invasivos no son concluyentes y se mide el gradiente de presión transaortico
- * b) Cuando los datos de los métodos no invasivos no son concluyentes y se debe efectuar la fórmula de Gorlin
- c) Cuando los datos de los métodos no invasivos no son concluyentes y se debe efectuar la fórmula de Fick
- d) Cuando los datos de los métodos no invasivos no son concluyentes y se debe realizar un ventriculograma con un cateter de Pig Tail

65) ¿Cuál es el valor diagnóstico de la determinación del Dímero D en el Tromboembolismo de pulmón (TEP)?

- a) Alto valor predictivo positivo
- * b) Alto valor predictivo negativo
- c) Sin sensibilidad ni especificidad
- d) Alta especificidad diagnóstica

66) ¿Cuál es la utilidad de la Tomografía Computada Multicorte en los pacientes que serán sometidos a Reemplazo Valvular Aortico Transcateter (TAVR)?

- * a) Evaluar el nivel de calcio en el anillo valvular y determinar el diámetro de la prótesis valvular de acuerdo a perimetría y área valvular
- b) Evaluar el grado de severidad de la estenosis valvular
- c) Evaluar la enfermedad coronaria asociada
- d) Evaluar el tamaño de las cavidades y la presencia de trombo en la orejuela izquierda

67) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia de la ecografía transtorácica en pacientes con conocida enfermedad valvular cardiaca y cambios en los síntomas y hallazgos físicos?

- a) Clase I nivel de evidencia A
- b) Clase I nivel de evidencia B
- * c) Clase I nivel de evidencia C
- d) Clase II nivel de evidencia B

68) Según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la realización de una valvuloplastia mitral con balón en una paciente embarazada, con anatomía valvular favorable, que continúa sintomática en clase funcional III-IV a pesar del tratamiento médico óptimo?

- * a) Clase IIa nivel de evidencia B
- b) Clase IIb nivel de evidencia A
- c) Clase IIb nivel de evidencia C
- d) Clase III

69) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la indicación de realizar una arteriografía de las arterias renales ante la sospecha de enfermedad renal vascular?

- a) En todo paciente hipertenso
- b) En todo paciente hipertenso y con evidencia de enfermedad coronaria
- * c) Alta sospecha clínica y resultados de estudios no invasivos no categóricos.
- d) Solo en los pacientes con insuficiencia renal crónica y diabéticos

70) ¿Qué evaluó el estudio aleatorizado SYNTAX?

- a) La cirugía de revascularización miocárdica versus revascularización con angioplastia utilizando stents no farmacológicos, en enfermedad de múltiples vasos
- * b) La cirugía de revascularización miocárdica versus revascularización con angioplastia utilizando stents farmacoactivos, en enfermedad de múltiples vasos
- c) La cirugía de revascularización miocárdica versus revascularización con angioplastia utilizando stents farmacoactivos, en pacientes con infarto agudo de miocardio y en enfermedad de múltiples vasos
- d) La cirugía de revascularización miocárdica versus revascularización con angioplastia utilizando stents farmacoactivos, en pacientes que presentaban solo enfermedad del tronco de la coronaria izquierda.

71) En cuanto al tratamiento médico de los pacientes diabéticos. ¿Cuál es la recomendación en la enfermedad coronaria?

- a) Control de la presión arterial por debajo de 150/90 mm Hg en caso de nefropatía diabética
- * b) Hemoglobina glicosilada por debajo de 7%
- c) Colesterol LDL por debajo de 130 mg/dl en pacientes de alto riesgo
- d) Contraindicación del uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina si se acompaña de microalbuminuria y proteinuria

72) ¿Para que es utilizado el índice tobillo/brazo (ABI index)?

- a) Determinar qué tipo de revascularización (cirugía o angioplastia) debe indicarse en un paciente con enfermedad vascular periférica
- * b) Determinar la presencia de enfermedad vascular periférica en pacientes con factores de riesgo.
- c) Determinar la presencia de una isquemia crítica de miembros inferiores
- d) Determinar la relación entre la presión diastólica a nivel de arteria pedia/tibial posterior y la presión diastólica a nivel de la arteria humeral.

73) ¿Cuál de las siguientes indicaciones corresponde a la revascularización de miembros inferiores?

- a) El tratamiento endovascular solo está indicado cuando existen contraindicaciones para la cirugía?
- b) El by pass aorto bifemoral es el tratamiento de elección en todas las lesiones de las arterias ilíacas común y externa
- * c) El tratamiento endovascular es de elección para las lesiones de las arterias ilíacas común y externa cuando son igual o menor a 3 cm.
- d) La angioplastia con colocación de stent está contraindicada en presencia de lesiones obstructivas (no oclusivas) en el territorio ilíaco y son de elección en el territorio femoropoplíteo.

74) ¿Cuándo está indicada la angioplastia con implante de stent en la coartación de la aorta?

- * a) Siempre que se realice debe ser con implante de stent
- b) Siempre asociada con Ductus arterioso permeable
- c) Siempre ante la presencia de aneurisma post coartación
- d) Siempre en el contexto de una recoartación postquirúrgica

75) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para el tratamiento médico estándar con inhibidores de la enzima convertidora, beta bloqueantes y antagonistas de la aldosterona en pacientes sintomáticos con insuficiencia cardíaca (estadio B a D) con regurgitación mitral severa crónica secundaria y baja fracción de eyección del ventrículo izquierdo?

- * a) Clase I nivel de evidencia A
- b) Clase I nivel de evidencia B
- c) Clase I nivel de evidencia C
- d) Clase IIb nivel de evidencia B

76) ¿Como se considera la estenosis aortica con bajo flujo y bajo gradiente?

- a) Una pseudoestenosis aortica dado por hipertrofia ventricular
- * b) Una estenosis aortica y se beneficia con el reemplazo valvular aortico
- c) Una estenosis aortica que no se beneficia con el reemplazo valvular aortico
- d) Una pseudoestenosis aortica por baja fracción de eyección del ventriculo izquierdo

77) ¿Cuándo la angioplastia es el tratamiento de elección en la coartación de aorta?

- a) En la coartación ductus dependiente
- b) En la coartación sin impacto en el miocardio ni en la presurometria
- c) En la coartación en aorta transversa con hipoplasia del arco aortico
- * d) En pacientes mayores de 25 Kg de peso independientemente de su edad

78) ¿Cuándo indicaria la realización de una angiografia de miembros inferiores?

- a) Como primer estudio en todos los pacientes con claudicación intermitente
- b) En los pacientes sin sintomas de claudicación intermitente pero con un indice tobillo de 1.00
- * c) En aquellos pacientes con sintomas y evidencia de enfermedad arterial periférica en los cuales se planea un procedimiento de revascularización
- d) Solamente en los pacientes con isquemia critica de un miembro en los cuales se planea un procedimiento de revascularización

79) ¿Que estudio solicitaría a un paciente que presenta clínica de trombosis venosa profunda y disnea subita con antecedentes de insuficiencia renal?

- a) TAC multislice
- b) RMN torax
- c) Ecocardiograma bidimensional
- * d) Centellograma ventilación/perfusión pulmonar

80) ¿Qué demostro el estudio SYNTAX?

- a) No hay diferencia entre pacientes diabeticos y no diabeticos
- b) Menos eventos en pacientes del grupo angioplastia que tenian score de SYNTAX mayor a 33
- c) Menos eventos en pacientes del grupo cirugia que tenian score de SYNTAX menor a 22
- * d) No inferioridad de la angioplastia en pacientes con score de SYNTAX menor a 22

81) ¿Cuál seria la mejor conducta terapeutica ante un paciente con diagnostico de infarto agudo de miocardio KK C con cuatro horas de dolor y persistencia de síntomas al momento de la evaluación?

- * a) Angioplastia Primaria
- b) Colocación de balón de contrapulsación
- c) Fibrinoliticos fibrinoespecificos
- d) Cirugia de revascularización de urgencia

82) ¿Cuál de los siguientes farmacos no son de elección para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica con función sistolica disminuida?

- a) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
- b) Bloqueantes de los receptores de la angiotensina
- * c) Bloqueantes de los canales de calcio
- d) Bloqueantes de los receptores beta

83) ¿Cuándo esta indicado la colocación de stent en caso de una angioplastia de las arterias renales?

- a) Solamente en los casos de estenosis renal por displasia fibromuscular
- * b) En lesiones ostiales ateroscleroticas es indicación clase I
- c) Nunca se debe colocar un stent en las arterias renales por el alto porcentaje de reestenosis que presentan mayor al 60%
- d) Solo se deben colocar en los pacientes con estenosis de las arterias renales y diabetes

84) ¿Cuál es la sensibilidad y especificidad de la ecografía transesofágica para el diagnóstico de disección de aorta ascendente?

- a) Sensibilidad y especificidad de 50 y 60% respectivamente
- b) Sensibilidad y especificidad de 60 y 80% respectivamente
- * c) Sensibilidad y especificidad de 98 y 100% respectivamente
- d) Sensibilidad y especificidad no determinada

85) ¿Qué evalúa el score de Wilkins en la estenosis valvular mitral?

- * a) Que paciente es mejor candidato para comisurotoma por balón percutáneo versus comisurotoma quirúrgica
- b) El compromiso del aparato subvalvular
- c) La calcificación del anillo y el aparato subvalvular
- d) El engrosamiento y fusión de las valvas

86) ¿En cuál de los siguientes casos está indicada la realización de una cincoronariografía diagnóstica previo a una intervención valvular?

- * a) Hombre de 42 años sin antecedentes cardíacos
- b) Mujer de 45 años premenopáusicas
- c) Hombre de 35 años sedentario
- d) Hombre de 50 años con vegetaciones aórticas

87) ¿Qué pacientes tienen riesgo de complicarse con una TVP?

- * a) Hospitalizados por cirugías recientes, oncológicas y/o post parto
- b) Pacientes con cirugía ambulatoria
- c) Cualquier tipo de cirugía a quien se suspende el ácido acetilsalicílico
- d) Cirugía odontológica y anestesia general

88) ¿Cuál de las siguientes características presentan los pacientes con diabetes mellitus y enfermedad coronaria?

- * a) Enfermedad aterosclerótica de vasos epicárdicos más difusa.
- b) Menor riesgo de reestenosis luego de un procedimiento endovascular.
- c) No se asocian con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular
- d) No se asocia a la presencia de un estado protrombótico y de hiperreactividad plaquetaria.

89) ¿Cuál es la prevalencia de enfermedad aterosclerótica de la arteria renal en la población general mayor de 65 años de edad evaluada por ultrasonido (doppler)?

- a) 1%
- * b) 7%
- c) 30%
- d) 70%

90) En la evaluación prequirúrgica valvular, según las guías de la AHA/ACC ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para la realización de una angiografía coronaria multicorte en paciente con sospecha baja o intermedia de enfermedad coronaria?

- a) Clase IIb nivel de evidencia A
- * b) Clase IIa nivel de evidencia B
- c) Clase IIb nivel de evidencia C
- d) Clase III

91) Ante un paciente con sospecha de una trombosis aguda de válvula protésica aórtica. ¿Cuál de los siguientes estudios realizaría para arribar al diagnóstico?

- a) Resonancia magnética nuclear
- b) Radiografía de tórax
- * c) Fluoroscopia digital
- d) Centellograma nuclear

92) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia para el stent carotideo en la oclusión total crónica?

- a) Clase I nivel de evidencia A
- b) Clase II nivel de evidencia B
- c) Clase II nivel de evidencia C
- * d) Clase III nivel de evidencia C

93) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia de la realización del test de dobutamina a bajas dosis con ecocardiografía o medición hemodinámica en el estadio D2 con válvula calcificada y reducida apertura, función sistólica con FEy menor a 50%, área 1 cm² o menos, velocidad de 4 m/seg o menos y gradiente menor a 40 mm Hg?

- * a) Clase IIa nivel de evidencia B
- b) Clase IIa nivel de evidencia C
- c) Clase IIa nivel de evidencia A
- d) Clase I nivel de evidencia A

94) En un control a 6 meses del implante de una endoprótesis de aorta abdominal se encuentra flujo en el saco aneurismático. La angiografía muestra que el flujo ingresa por el desarrollo de ramas colaterales. ¿Señale cuál es el tipo de endoleak (endofuga)?

- a) Tipo I
- * b) Tipo II
- c) Tipo III
- d) Tipo IV

95) ¿Cuál de los siguientes enunciados corresponde a la enfermedad del tronco de la coronaria izquierda?

- a) Se presenta en alrededor de un 50% de los pacientes que son sometidos a una coronariografía
- * b) La revascularización con cirugía es una indicación clase I en pacientes con estenosis mayor o igual al 50% con el objeto de mejorar la supervivencia de los pacientes
- c) La revascularización con angioplastia y stent farmacológico es una indicación clase I en pacientes con estenosis mayor o igual a 50% con el objeto de mejorar la supervivencia de los pacientes
- d) Los pacientes con score de SYNTAX mayor a 33 deben ser revascularizados mediante angioplastia con stent farmacológicos dado que constituyen una población de alto riesgo para cirugía

96) Según las guías de AHA/ACC. ¿Cuál es la recomendación y el nivel de evidencia del uso de vasodilatadores en pacientes con estenosis aórtica severa en CF IV y signos de insuficiencia cardíaca?

- a) Clase I nivel de evidencia B
- b) Clase I nivel de evidencia C
- c) Clase IIa nivel de evidencia B
- * d) Clase IIb nivel de evidencia C

97) ¿Cuál de las siguientes características presentan los pacientes con enfermedad obstructiva de miembros inferiores?

- a) No tienen mayor riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular
- b) La mortalidad al año de los pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores es menor del 5% y puede ser de 10% en aquellos pacientes que sufren amputaciones.
- c) La isquemia crítica de miembros inferiores se define por la presencia de dolor/discofort en uno o ambos miembros desencadenado por esfuerzo debido a la isquemia inducida por el ejercicio.
- * d) La isquemia crítica de miembros inferiores se define por la presencia de dolor de reposo, o riesgo de pérdida inminente de un miembro causada por el grave compromiso del flujo sanguíneo en una extremidad.

98) ¿Cuándo indicaría una estrategia invasiva precoz en pacientes con SCASST?

- * a) Angina refractaria, compromiso hemodinámico o inestabilidad eléctrica
 - b) SCASST sin elevación de troponina, sin cambios en el electrocardiograma y un bajo score de riesgo TIMI
 - c) SCASST y contraindicaciones para el uso de trombolíticos
 - d) Todos los SCASST incluso aquellos con baja probabilidad de enfermedad coronaria, sin cambios en el ECG y marcadores negativos (troponina)
-

99) ¿Cuál es el score de probabilidad clínica más utilizado en pacientes con sospecha de tromboembolismo pulmonar/trombosis venosa profunda(TEP/TVP)?

- * a) Score de Wells
 - b) Score de Ginebra
 - c) Score de Duke
 - d) Score de Wilkins
-

100) ¿Cuáles son los elementos de pronóstico negativo que orientan a la intervención percutánea o quirúrgica en la insuficiencia mitral primaria crónica?

- * a) La presencia de síntomas, hipertensión pulmonar e inicio de la disfunción ventricular izquierda
- b) El grado de jet regurgitante en la aurícula izquierda
- c) La ruptura de cuerda tendinosas
- d) La presencia de trombo en la orejuela izquierda