

- 1) LA DEFINICIÓN MÁS APROXIMADA PARA EL TÉRMINO HIPERTENSIÓN PULMONAR SERÍA
- A) Aumento de la presión de sístole del ventrículo derecho
 - B) Aumento de la presión de diástole del ventrículo izquierdo
 - C) Aumento de la postcarga del ventrículo derecho
 - D) Aumento de la precarga del ventrículo derecho
 - E) Todas las anteriores
- 2) LA DEFINICIÓN MÁS APROXIMADA PARA EL TÉRMINO HIPERTENSIÓN SISTÉMICA SERÍA
- A) Aumento de la precarga del ventrículo izquierdo
 - B) Aumento de la postcarga del ventrículo izquierdo
 - C) Aumento de la presión de sístole del ventrículo derecho
 - D) Aumento de la presión de diástole del ventrículo derecho
 - E) Todas las anteriores
- 3) SE CONSIDERA FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR UNO DE LOS SIGUIENTES
- A) Historia familiar de enfermedad coronaria (modificable)
 - B) Historia personal de dislipidemia y arterioesclerosis (modificable)
 - C) Historia personal de obesidad con IMC superior a 30.0 (no modificable)
 - D) Historia personal de sedentarismo o dieta alta en ácidos grasos (no modificable)
 - E) Todas las anteriores
- 4) UNA DE LAS SIGUIENTES DEFINICIONES NO CORRESPONDE
- A) HTA estadio 1: cifras de presión arterial a PAS 130-139 mm/Hg ó PAD 80-89 mm/Hg
 - B) Presión elevada cifras de PAS 120-139 y PAD -80 mm/Hg
 - C) HTA estadio 2: cifras de presión arterial PAS +140 mm/Hg ó PAD +90 mm/Hg
 - D) Crisis hipertensiva: cifras de presión arterial PAS +160 mm/Hg y/o PAD +120 mm/Hg
 - E) Ninguno de los anteriores
- 5) SE CONSIDERA EMERGENCIA HIPERTENSIVA, UNO DE LOS SIGUIENTES CORRESPONDE
- A) Cardiopatía hipertensiva con síndrome coronario agudo
 - B) Cifras de presión arterial PAS +180 mm/Hg y/o PAD +120 mm/Hg con compromiso de órgano blanco
 - C) Encefalopatía hipertensiva con ACV hemorrágico o isquémico
 - D) Nefropatía hipertensiva con insuficiencia renal aguda IRA
 - E) Todas las anteriores
- 6) DE LAS POSIBLES EXPLICACIONES FISIOPATOLÓGICAS DE LAS HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES INCORRECTO AFIRMAR
- A) Se presenta aumento de la RVP que altera la capacidad de variación del calibre de los vasos sanguíneos
 - B) Inotropía positiva persistente que se traduce en PAS elevada

- C) Hipervolemia en un circuito vascular con limitación en la capacitancia por arterioesclerosis
- D) Liberación constante de sustancias antiadrenérgicas que aumentan la RVP
- E) Ninguna de las anteriores

7) UN SOPLO SISTÓLICO SE PUEDE ORIGINAR POR LAS SIGUIENTES LESIONES. EXCEPTO

- A) Estenosis de la válvula mitral
- B) Estenosis de la válvula pulmonar
- C) Insuficiencia de la válvula mitral
- D) Insuficiencia de la válvula tricúspide
- E) Estenosis de válvula aórtica

8) UN SOPLO DIASTÓLICO SE PUEDE ORIGINAR POR LAS SIGUIENTES LESIONES, EXCEPTO

- A) Estenosis de la válvula tricúspide
- B) Estenosis de la válvula pulmonar
- C) Insuficiencia de la válvula aórtica
- D) Estenosis de válvula mitral
- E) Ninguna de las anteriores

9) UNA INSUFICIENCIA MITRAL PRODUCE UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERACIONES FISIOLÓGICAS

- A) Flujo retrógrado hacia las venas cavas y congestión periférica
- B) Reflujo hacia la circulación pulmonar con congestión y edema pulmonar
- C) Aumento de la postcarga y precarga del ventrículo derecho
- D) Disminución de la postcarga del ventrículo izquierdo
- E) Todas las anteriores

10) UNA INSUFICIENCIA AÓRTICA PRODUCE UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERACIONES FISIOLÓGICAS

- A) Aumenta el volumen telediastólico del ventrículo izquierdo al igual que la FEVI
- B) Aumenta el volumen telediastólico del ventrículo derecho y la FEVD disminuye
- C) Disminuye el volumen telediastólico del ventrículo izquierdo al igual que la FEVI
- D) Aumenta el volumen telediastólico del ventrículo izquierdo y la FEVI disminuye
- E) Todas las anteriores

11) REFERENTE A LAS REMODELACIONES DE LAS CAVIDADES CARDIACAS SECUNDARIAS LAS LESIONES VALVULARES, SE PUEDE AFIRMAR QUE LA ESTENOSIS TRICUSPÍDEA PRODUCE

- A) Hipertrofia auricular derecha
- B) Dilatación auricular derecha
- C) Disminución de la perfusión miocárdica
- D) Aumento de la precarga auricular derecha
- E) Ninguna de las anteriores

12) REFERENTE A LOS VOLÚMENES VENTRICULARES Y LA PRESIÓN DE LAS CAVIDADES ES CORRECTO AFIRMAR

- A) La presión ventricular debe ser menor que de la aurícula en la diástole para permitir el llenado ventricular
- B) El pico máximo del volumen telediastólico se da por la contracción auricular
- C) Se produce una fase de contracción isovolumétrica antes de la apertura de las válvulas arteriales (pulmonar y aórtica)
- D) La presión ventricular debe superar la presión de las arterias para generar un latido efectivo (expulsión del volumen sistólico)
- E) Todas las anteriores

13) SIN UN ELECTROCARDIOGRAMA PRESENTA UN SEGMENTO PR CORTO PRESENTA UNA DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

- A) Pausa prolongada del nodo AV
- B) Mayor tiempo de llenado auricular
- C) Menor tiempo de llenado ventricular
- D) Contracción ventricular corta
- E) Contracción auricular corta

14) PACIENTE MASCULINO DE 78,5 Kg Y TALLA DE 170 cm, QUIEN PRESENTA UN VOLUMEN TELEDIASTÓLICO DE 115 ml, CON FEV 37% Y FC DE 78 X min, EL GASTO CARDIACO, LA VOLEMIA Y EL VOLUMEN RESIDUAL SERÍAN

- A) GC: 3,318 L/min, volemia 3,92 L, VR: 72,45 ml
- B) GC: 3,318 L/min, volemia 6,28 L, VR: 72,45 ml
- C) GC: 1,728 L/min/m², volemia 6,28 L, VR: 72,45 ml
- D) GC: 3,318 L/min, volemia 6,28 L, VR: 78,5 ml
- E) Ninguna de las anteriores

15) PACIENTE MASCULINO DE 78,5 Kg Y TALLA DE 170 cm, QUIEN PRESENTA UN VOLUMEN TELEDIASTÓLICO DE 115 ml, CON FEV 37% Y FC DE 78 X min, Y PRESENTA INSUFICIENCIA VALVULAR CON VOLUMEN DE REFLUJO DEL 12%, EL VOLUMEN SISTÓLICO Y EL VOLUMEN DE REFLUJO SERÍAN

- A) VS: 37,0 ml y VREF: 12,0 ml
- B) VS: 42,55 ml y VREF: 37,0 ml
- C) VS: 42,55 ml y VREF: 13,8 ml
- D) VS: 78,5 ml y VREF: 13,8 ml
- E) Ninguna de las anteriores

16) PACIENTE MASCULINO DE 78,5 Kg Y TALLA DE 170 cm, QUIEN PRESENTA UN VOLUMEN TELEDIASTÓLICO DE 115 ml, CON FEV 37% Y FC DE 78 X min, Y PRESENTA INSUFICIENCIA VALVULAR CON VOLUMEN DE REFLUJO DEL 12%, CUAL SERÍA LA REMODELACIÓN CARDIACA PARA COMPENSAR LA CAÍDA DEL GASTO CARDIACO

- A) Cardiopatía dilatada con cronotropía positiva
- B) Cardiopatía hipertrófica con cronotropía negativa
- C) Cardiopatía dilatada con cronotropía negativa

- D) Cardiopatía hipertrófica con cronotropía positiva
- E) ninguna de las anteriores.

17) LAS ARRITMIAS SE CLASIFICAN SEGÚN SU ORIGEN Y FRECUENCIA ASÍ

- A) Origen: supra o ventriculares Frecuencia: taquicardias, bradicardias y fibrilaciones
- B) Origen: supra o auriculares Frecuencia: taquicardias, bradicardias y fibrilaciones
- C) Origen: supra o ventriculares Frecuencia: taquicardias, bradicardias y fibrilaciones
- D) Origen: supra o ventriculares Frecuencia: bloqueos y preexcitaciones
- E) Todas las anteriores

18) UN PACIENTE A QUIEN SE LE DIAGNOSTICA AESP, UNA DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA CAUSA

- A) Hipovolemia / hipotermia
- B) Trombosis coronaria / trombosis pulmonar
- C) Tóxicos / alteración del equilibrio ácido base (hidrogeniones)
- D) Hipoglicemia / trauma
- E) Hipo o hiperkalemia / tórax a tensión

19) UN PACIENTE PRESENTA COLAPSO Y PÉRDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO SE LE PALPA PULSO, CUAL DE LOS SIGUIENTES TRAZOS ES EL MÁS PROBABLE

- A) Ritmo sinusal
- B) Fibrilación ventricular
- C) Fibrilación auricular
- D) Bloqueo AV de tercer grado
- E) Taquicardia supraventricular

20) PACIENTE QUIEN PRESENTA ELECTROCARDIOGRAMA CON COMPLEJO QRS ANORMAL, SE OBSERVA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRAZADOS, EXCEPTO

- A) AESP
- B) Asistolia
- C) FV
- D) TV
- E) TSV

21) UNA DE LAS SIGUIENTES ASOCIACIONES CORRESPONDE

- A) BAV de tercer grado: disociación auriculo ventricular, ninguna P conduce
- B) BAV de segundo grado M1: intervalo PR que se prolonga hasta no conducir
- C) BAV de segundo grado M2: intervalo PR que conduce y otros que no lo hacen
- D) BAV de primer grado: intervalo PR mayor de 200ms de manera continua
- E) Todos los anteriores

22) UNO DE LOS SIGUIENTES NO ES CRITERIO PARA DETERMINAR DESCOMPENSACIÓN EN UN PACIENTE CON ARRITMIA

- A) Hipertensión
- B) Dolor en el tórax
- C) Disnea

- D) Alteración del estado de conciencia
- E) Hipotensión

23) UN PACIENTE PRESENTA UNA CAÍDA EN EL GASTO CARDIACO POR PRESENTAR UNA TAQUIARRITMIA, SEGÚN LOS CONCEPTOS FISIOLÓGICOS CUAL SERÍA LA MEDIDA MÁS FAVORABLE DURANTE LA TERAPIA

- A) Inotropía positiva para elevar la FEV
- B) Diuréticos para bajar la volemia y así mantener el gasto cardiaco
- C) Cronotrópicos negativos sin alterar la inotropía
- D) Cronotrópicos e inotrópicos positivos
- E) ninguno de los anteriores

24) LA CLASIFICACIÓN DE LA FALLA CARDIACA SE HACE DE ACUERDO A, UNO CORRESPONDE

- A) Tiempo: aguda o crónica
- B) Cambios estructurales: hipertrófia o dilatación
- C) Disfunción: sistólica o diastólica
- D) Ubicación anatómica: derecha, izquierda o global
- E) Todos los anteriores

25) PACIENTE CON FALLA CARDIACA DERECHA, LOS SÍNTOMAS PREDOMINANTES SON

- A) Disnea grado I a IV
- B) Ortopnea
- C) Edema agudo de pulmón
- D) Edemas en los miembros inferiores
- E) Disnea paroxística nocturna

26) PACIENTE CON FALLA CARDIACA IZQUIERDA, LOS SÍNTOMAS MÁS PREDOMINANTES SON

- A) Edema de la pared abdominal y ascitis
- B) Ingurgitación yugular
- C) hepatomegalia y hepatalgia
- D) Disnea progresiva
- E) Edema de los miembros inferiores

27) UN PACIENTE PRESENTA DISNEA QUE LE COMPROMETE CON ESFUERZOS DE BAJA INTENSIDAD PERO NO SE PRESENTA EN REPOSO, CORRESPONDE A

- A) Disnea Grado 4
- B) Disnea Grado 3
- C) Disnea Grado 2
- D) Disnea Grado 1
- E) Disnea Grado 0

28) PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD, QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADO, VESTIDO Y TRASLADADO POR LA FAMILIA, CORRESPONDE A

- A) Clase funcional 1
- B) Clase funcional 3
- C) Clase funcional 4
- D) Clase funcional 2
- E) Clase funcional 0

29) REFERENTE A LA ARTERIOSCLEROSIS Y ATEROMATOSIS ES CORRECTO AFIRMAR, EXCEPTO

- A) Corresponde a la formación de placas ateromatosas en las paredes de los vasos sanguíneos
- B) Corresponde a un proceso inflamatorio en las paredes de los vasos sanguíneos y no tiene relación con los ácidos grasos
- C) Se clasifica en ateromas estables e inestables
- D) Los ateromas inestables presentan mayor probabilidad de ruptura y formación de trombosis
- E) Ninguna de las anteriores

30) EN EL PROCESO FISIOPATOLÓGICO DE LA OBSTRUCCIÓN ARTERIAL, SE PRESENTA UNA DE LAS SIGUIENTES FASES

- A) Obstrucción arterial progresiva por la formación de ateromas
- B) Presencia de una respuesta inflamatoria en el área de formación de los ateromas
- C) Ruptura de las placas de ateromas inestables por la fricción a la que son sometidas
- D) Formación de trombos y un proceso isquémico distal al sitio de obstrucción
- E) Todas las anteriores

31) UN PACIENTE QUIEN PRESENTA UN INFARTO DE MIOCARDIO POR OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA PRESENTA, UNA NO CORRESPONDE

- A) Acinesia o hipocinesia de la cara inferior ventricular derecha
- B) Disminución del CGVI por disminución de la FEVI
- C) Presencia de elevación del segmento ST, inversión de la onda T y presencia de onda Q en V5 y V6
- D) Dolor opresivo en el tórax, diaforesis, disnea e incluso alteración del estado de conciencia
- E) ninguna de las anteriores

32) UNA DE LAS SIGUIENTES NO CORRESPONDE A LA CLASIFICACIÓN DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

- A) Angina inestables
- B) Infarto sin alteración del segmento ST o no Q
- C) infarto con alteración del segmento ST o infarto Q
- D) Angina estable
- E) Ninguna de las anteriores

33) EN UNA ECOCARDIOGRAFÍA REPORTAN: VENTRÍCULO IZQUIERDO HIPERTRÓFICO CON FEVI 40%, REFLUJO DE LA VÁLVULA MITRAL SEVERO, VENTRÍCULO DERECHO DILATADO CON FEVD 60%, TURBULENCIA TRICUSPÍDEA EN SÍSTOLE, DE ESTE REPORTE SE PUEDE INTERPRETAR

- A) HTA crónica , función ventricular izquierda conservada, estenosis mitral e hipertensión pulmonar, falla cardíaca derecha e insuficiencia tricuspídea
- B) Fibrilación auricular, falla cardíaca izquierda, insuficiencia mitral, posible infarto del ventrículo derecho, función ventricular derecha conservada e insuficiencia tricuspídea
- C) HTA crónica, falla cardíaca global, insuficiencia mitral y estenosis tricuspídea, posible infarto antiguo del ventrículo derecho
- D) HTA crónica, insuficiencia cardíaca hipertrofia crónica del ventrículo izquierdo, con soplo sistólico mitral, infarto antiguo del ventrículo derecho con insuficiencia dilatada crónica y soplo sistólico por insuficiencia tricuspídea
- E) No se puede realizar ninguna interpretación con los hallazgos descritos.

34) PARA IDENTIFICAR UNA ARRITMIA SE SIGUE UN ESQUEMA PARA DETERMINAR EL TIPO Y LA SEVERIDAD DE LA MISMA, CUAL DE LAS SIGUIENTES NO CORRESPONDE

- A) Tiene onda P normal
- B) Tiene segmento ST normal
- C) Tiene onda Q normal
- D) Tiene segmento PR normal
- E) Cómo está la frecuencia

35) PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA CON CARDIOPATÍA DILATADA IZQUIERDA DE BAJO GASTO CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA, PRESENTA LO SIGUIENTE EXCEPTO

- A) Historia de infarto de miocardio por obstrucción de la ADA o la Circunfleja
- B) Disminución de la precarga o la capacitancia del VI
- C) Varios años de evolución de los síntomas y de las lesiones cardíacas
- D) Atrofia del miocardio y disfunción inotrópica
- E) Síntomas y signos de congestión pulmonar

36) PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA CON CARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA DERECHA DE BAJO GASTO CON DISFUNCIÓN DIASTÓLICA, PRESENTA LO SIGUIENTE, EXCEPTO

- A) Historia de corta evolución de síntomas de congestión pulmonar
- B) Engrosamiento de la pared de ventrículo derecho
- C) Signos y síntomas de hipertension pulmonar
- D) Disminución del volumen telediastólico ventricular derecho
- E) Todas las anteriores

37) ENTRE LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO, CUÁL PODRÍA CONSIDERARSE EL MÁS CARACTERÍSTICO

- A) Palpitaciones y diaforesis

- B) Náuseas y vómito
- C) Dolor precordial opresivo que se puede irradiar al cuello y los brazos
- D) Sensación de muerte y disnea
- E) Alteración del estado de conciencia

38) PACIENTE QUIEN PRESENTA SUPRADESNIVEL DEL SEGMENTO ST EN LAS DERIVACIONES DII, AVR, V1, AVF, SE PODRÍA INTERPRETAR LO SIGUIENTE

- A) Isquemia aguda o infarto de miocardio en cara anterior ventricular izquierda por obstrucción de la arteria marginal derecha
- B) Isquemia aguda o infarto de miocardio en cara inferior ventricular derecha por obstrucción de la arteria descendente anterior
- C) Isquemia aguda o infarto de miocardio en cara posterior ventricular izquierda por obstrucción de la arteria descendente posterior
- D) Isquemia aguda o infarto de miocardio en cara lateral ventricular derecha por obstrucción de la arteria circunfleja
- E) Ninguna de las anteriores

39) UN PACIENTE PRESENTA ONDA Q EN LAS DERIVACIONES V3 Y V4, ESTE HALLAZGO PUEDE SIGNIFICAR

- A) Presenta infarto antiguo de miocardio con compromiso del septo interventricular
- B) Puede generar alteración de las condiciones del Haz de Hiss
- C) Puede generar cardiopatía dilatada con disfunción sistólica biventricular
- D) Presenta disminución del volumen sistólico biventricular
- E) Todas las anteriores

40) UNA INFECCIÓN DE LAS VÁLVULAS CARDIACAS O ENDOCARDITIS PODRÍA PRESENTAR. EXCEPTO

- A) Síntomas o signos de SRIS sin origen evidente
- B) Inflamación del pericardio y signos de taponamiento cardiaco
- C) Lesión aguda de las válvulas con alteración del flujo vascular
- D) Auscultación de soplos nuevos en los focos valvulares
- E) Ninguna de las anteriores

CASO CLÍNICO

Juan Manuel, edad 65 años, casado, 3 hijos, jubilado, trabajó en Coltejer, con seguridad social, Contributivo, Raza afrodescendiente.

MC: "tengo mucha dificultad para respirar"

EA: Paciente quien relata cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor en el tórax que le inicia con la actividad física, dura aproximadamente 20 minutos y se resuelve con el reposo, en la mañana de hoy presenta persistencia del dolor a pesar de estar quieto, disnea que ha ido aumentando en severidad, inicialmente con la actividad física de mediana intensidad y ahora le compromete en reposo, con tos y respiración ruidosa, cianosis distal y peribucal, edemas en los miembros inferiores, y en la cara.

RS: relata ortopnea y disnea paroxística nocturna desde la noche de ayer, niega fiebre. Niega alteración del estado de conciencia, o convulsiones.

AP: HTA crónica en tratamiento con Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, Diuréticos, Antiagregantes plaquetarios y Estabilizadores de placa. Niega alergias, no cirugías, fumador activo de 1 paq/día por más de 30 años,

AF: historia del padre que muere de infarto de miocardio a los 50 años, madre HTA y Diabetes tipo 2.

EF: paciente en malas condiciones generales, hidratado, afebril, con SDRA severo, se observa con esfuerzo respiratorio que le limita hablar, con facies edematizadas, y cianosis generalizada.

PA: 200/130 FC: 42 x min, FR: 36 x min, T°: 36.3 °C, SatO2: 55%, Peso: 98 kg, Talla: 163 cm, Glasgow: 9/15 AO: 3, RM: 3, RV: 3.

Presenta edema generalizado con aspecto cianótico en todo el cuerpo, con frialdad y pulsos de buena intensidad.

A la auscultación pulmonar presenta crépitos gruesos inspiratorios en ambas bases pulmonares con matidez a la percusión, ruidos cardíacos alejados y bradicárdicos con soplo sistólico en foco tricúspide grado III/VI, y soplo diastólico en foco aórtico grado II/VI.

Al evaluar la movilidad se observa que moviliza las cuatro extremidades sin signos de focalización neurológica,

Con reflujo hepatoyugular positivo e ingurgitación yugular positiva a 45°, se palpa hepatomegalia y presenta hepatalgia, con edema de la pared abdominal con evidencia de ascitis.

Reporte de paraclínicos.

Cuadro hemático: Hb: 18, Hto: 54, Plaq: 185 WBC: 12.200 Neu: 65% Linf: 30% Mon:3% Bas: 1%. Eos:1% VSG: 10, PCR: 2.0, Lactato: 3.5, Na: 138, K: 2.8, Cl:100, Glucosa: 210, Creatinina: 1.8, BUN: 36, Urea: 60, BT: 1.1 BI: 0.6 BD: 0.5, Colesterol total: 530, HDL: 25, LDL:315 VLDL: 190, Triglicéridos: 890.

Troponina I: 100 (elevada) CPK MB y Mioglobina no realizadas.

Gases arteriales: pH: 7.28 PO2: 50, PCO2: 65, HCO3: 12

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, con RR constante, con FC: 42 x min, no presenta extrasístoles, PR: 230 ms y que se prolonga hasta presentar una pausa, el ciclo se repite, QRS: 85 ms, se observa onda Q en la derivaciones AVF, se observa alteración del segmento ST con supradesnivel en V1, V2, V3 y levemente en V4, con onda T invertida en las misma derivaciones.

Rx de tórax: presenta aumento del índice cardiorácico de 0.6, con aumento de las cavidades izquierdas, no presenta signos de derrame pericárdico, con derrame pleural bilateral y signos de edema pulmonar.

Ecocardiografía: presenta aumento de las cavidades auriculares con reflujo hacia el sistema venoso portal y pulmonar, engrosamiento de las paredes del ventrículo izquierdo de manera concéntrica con disminución de la capacidad volumétrica, ventrículo derecho sin hipertrofia o dilatación, se identifica hipocinesia en el septo y la cara anterior VI, se observan flujo retrógrados en la válvula tricúspide 18%, y de la válvula aórtica de 12%, FEVD: 51%, FEVI: 44.3%, volumen telediastólico VD: 103 ml, VI: 92 ml.

Se solicita realización de coronariografía: se observa obstrucción de la circulación del 85% en una arteria.

Nota: Éste resumen de caso clínico le permitirá responder las siguientes preguntas.

41) DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR QUE SE IDENTIFICAN EN LA HISTORIA CLÍNICA ES INCORRECTO AFIRMAR.

- A) Género masculino, FR no modificable
- B) Raza afrodescendiente, FR no modificable
- C) Historia familiar enfermedad cardiovascular, y personal de HTA, FR no modificable
- D) Historia de consumo de tabaco, FR modificable
- E) Obesidad y dislipidemia, FR modificable

42 EN EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA SE IDENTIFICA LA PRESENCIA DE UNA ARRITMIA, CUÁL SERÍA Y QUÉ MANEJO SUGIERE PARA EL PACIENTE.

- A) Bloqueo AV de segundo grado M1, compensado, marcapaso
- B) Fibrilación auricular, descompensada, cardioversión eléctrica
- C) Bloqueo AV de primer grado, descompensado, desfibrilación
- D) Taquicardia supraventricular, compensada, cardioversión medicamentosa
- E) Ninguna de las anteriores.

43 EN EL CASO CLÍNICO SE IDENTIFICAN LESIONES VALVULARES, CUÁL DE LAS SIGUIENTES SERÍA LA AFIRMACIÓN CORRECTA.

- A) Insuficiencia tricuspídea e insuficiencia aórtica
- B) Estenosis tricuspídea e insuficiencia aórtica
- C) Insuficiencia tricuspídea y estenosis aórtica
- D) Estenosis tricuspídea y estenosis aórtica
- E) Ninguna de las anteriores

44 EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA, CUÁL SERÍA LA CLASIFICACIÓN MÁS ACERTADA.

- A) Angina estable, no síndrome coronario agudo, posible obstrucción de la ADA
- B) IAM con elevación del ST /Q en cara anterior y septo, lesión de la coronaria ADA
- C) IAM sin elevación del ST /no Q en cara lateral, lesión de la arteria circunfleja
- D) Angina inestable, con compromiso del ventrículo derecho o cara inferior y obstrucción de la ADP
- E) Ninguna de las anteriores

45 EL PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE FALLA CARDIACA (ICC), CUÁL CONSIDERA QUE SERÍA EL DIAGNÓSTICO MÁS ACERTADO.

- ICC izquierda con disfunción sistólica y diastólica de bajo gasto con cambios hipertróficos e hipocinesia del septo y la cara anterior
- ICC derecha con disfunción diastólica derecha, de bajo gasto con cambios de hipocinesia septal sin hipertrofia.
- ICC global crónica (izquierda y derecha), con disfunción sistólica y diastólica izquierda y sistólica derecha, de bajo gasto, cambios estructurales hipertróficos e hipocinesia del septo y la cara anterior.
- ICC aguda, global (izquierda y derecha), con disfunción sistólica y diastólica izquierda y sistólica derecha, de bajo gasto, cambios estructurales hipertróficos e hipocinesia del septo y la cara anterior.
- Ninguna de las anteriores

46 SEGÚN REPORTE DE ECOCARDIOGRAFÍA SE REALIZAN UNOS CÁLCULOS, CUÁLES REPORTES SON INCORRECTOS.

- GCVD: 2.206 L/min, Volumen de insuf. Tricuspídeo: 18.54 ml
- GCVI: 1.711 L/min, Volumen de insuf. Aórtico: 11.04 ml
- VSVD: 52.53 ml, ICVD: 2.050 L/min/m²
- VSVI: 40.756 ml, ICVI: 0.814 L/min/m²
- Ninguna de las anteriores

47 REFERENTE A LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ECOCARDIOGRAFÍA, ES CORRECTO AFIRMAR

- La perfusión del VD corresponde al 28.13 % de la volemia por eso los signos de congestión periférica

- El volumen sistólico de ambos ventrículos se reduce por la presencia de insuficiencias valvulares con flujo retrógrado a las aurículas
- La disfunción sistólica biventricular está dada por la hipocinesia del septo interventricular
- El índice cardíaco VI es muy bajo de 0.814 L/min/m², esto explica por que los síntomas de hipoperfusión del paciente.
- Todas la anteriores

48 SEGÚN LOS ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO SE PUEDE AFIRMAR QUE EL PACIENTE PRESENTA LA SINTOMATOLOGÍA, ES CORRECTO AFIRMAR

- Disnea, ortopnea y disnea paroxística por congestión pulmonar por falla cardíaca derecha y presencia de reflujo hacia la circulación pulmonar
- Edema periférico, hepatomegalia y ascitis por congestión venosa de las cavas por falla cardíaca izquierda y reflujo hacia la circulación periférica
- Signos de edema agudo de pulmón y crépitos gruesos por congestión pulmonar por falla cardíaca izquierda y presencia de flujo retrógrado a la circulación pulmonar
- Reflujo hepatoyugular e ingurgitación yugular por congestión hepática y falla cardíaca izquierda y reflujo a la circulación aórtica
- Ninguna de las anteriores

49 EL PACIENTE PRESENTA LAS SIGUIENTES CLASIFICACIONES, UNA ES INCORRECTA

- Choque cardiogénico
- Disnea grado 4
- Clase funcional IV
- SCA Killip III
- Ninguna de las anteriores

50 LA CONDUCTA MÁS RECOMENDADA CON ESTE USUARIO DADOS LOS DIAGNÓSTICOS

- A) Colocación de marcapaso transcutáneo o definitivo
- B) FIO₂ superior a 21% para mejorar el índice V/Q
- C) Vasodilatadores que disminuyen la RVP y mejorar las cifras de presión arterial
- D) Descartar encefalopatía por emergencia hipertensiva
- E) Todas las anteriores