

EVALUACIÓN

PREGUNTA 1

En la valoración de Riesgo CV en Prevención Primaria:

- a) El score de Framingham no es una herramienta útil.
- b) La demostración de enfermedad aterosclerótica subclínica en individuos de riesgo intermedio-bajo puede cambiar la estrategia terapéutica.
- c) Un primer evento CV mayor siempre es precedido por una historia, aunque breve, de enfermedad coronaria estable.
- d) La existencia de enfermedad vascular periférica no influye en la estimación de riesgo de eventos CV.

[RESPUESTAS](#)

PREGUNTA 2

En la angina estable:

- a) La presentación de forma atípica asegura un bajo riesgo
- b) La presentación típica asegura una probabilidad pre-test alta
- c) La presentación típica genera una alta probabilidad de enfermedad coronaria para ambos sexos por igual
- d) La FEVI no pesa en la resolución de los enfermos

[RESPUESTAS](#)

PREGUNTA 3

En un paciente con angina estable:

- a) La clase funcional no tiene implicancia pronóstica
- b) La respuesta al tratamiento es de escaso valor al decidir la conducta
- c) Una buena clase funcional implica un buen pronóstico
- d) Un test de estrés con imágenes negativo hace innecesarios los estudios invasivos

[RESPUESTAS](#)

PREGUNTA 4

Con respecto al tratamiento de la angina estable:

- a) Pasa siempre por algún procedimiento de revascularización
- b) Para pautar la terapéutica se hace necesario conocer la anatomía coronaria
- c) La corrección de los factores de riesgo ha demostrado lograr escasos resultados cuando se la compara con la revascularización
- d) Todos los pacientes deberían recibir estatinas

[RESPUESTAS](#)



PREGUNTA 5

En un paciente de 50 años, diabético con angina estable clase II:

- a) Si el ecocardiograma muestra buena función ventricular no amerita mas estudios.
- b) No se debe indicar β -bloqueantes
- c) Se le debe realizar necesariamente una CACG
- d) El estudio de imágenes con estrés es lo más adecuado para definir la terapéutica

[RESPUESTAS](#)

PREGUNTA 6

Mujer de 61 años, obesa y sedentaria, con angor atípico de 6 meses de evolución. Examen clínico normal y ECG con imagen compatible con secuela inferior, ecocardiograma con FEVI normal y PVM:

- a) Tiene alto riesgo por lo que le solicita estudio hemodinámico de inicio
- b) Debe recibir tratamiento médico sin realizar más estudios
- c) Una PEG positiva por ST es indicación de CACG
- d) La mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con estrés por imágenes

[RESPUESTAS](#)

PREGUNTA 7

Hombre de 66 años. Diabetes tipo II de 10 años de evolución. Consulta por dolor retroesternal opresivo de 30' de duración. ECG con inversión de onda T de V3-V6.

- a) Se trata de un SCA sin elevación del ST de alto riesgo.
- b) El riesgo de infarto/muerte estará supeditado al valor de troponinas.
- c) Una vez estabilizado, deben realizarse pruebas funcionales para definir indicación de CACG.
- d) Su condición de diabético contraindica el tratamiento con β bloqueantes.

[RESPUESTAS](#)

PREGUNTA 8

Mujer de 75 años. HTA y dislipemia. Historia de angina estable crónica CF II (3 años de evolución). Agravación de la CF durante el último mes (CF III con breves episodios en reposo). ECG normal. Se comprueba anemia hipocrómica microcítica (Hb 7 g/dl).

- a) Presenta una angina inestable de alto riesgo.
- b) Presenta angina inestable secundaria.
- c) El tratamiento con AAS y heparina reduce la mortalidad a 30 días.
- d) Tiene indicación de CACG de urgencia.

[RESPUESTAS](#)



PREGUNTA 9

En los Síndromes Coronarios sin Elevación del ST de alto riesgo:

- a) La respuesta favorable al tratamiento determina una conducta conservadora.
- b) El tratamiento con AAS y HBPM reduce el riesgo de muerte/infarto a los 30 días.
- c) La nitroglicerina endovenosa reduce la mortalidad.
- d) El valor de las troponinas ni afecta el pronóstico.

[RESPUESTAS](#)

PREGUNTA 10

En los Síndromes Coronarios Agudos con Elevación del ST:

- a) Debe implementarse una estrategia de reperfusión independientemente del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas.
- b) Existe mayor beneficio de la angioplastia primaria comparada con los fibrinolíticos, siempre que la realización de la primera no implique una demora superior a 90 min. en el tiempo puerta-balón.
- c) En lugares geográficos con tiempos de traslado prolongado, la fibrinólisis prehospitalaria no es una estrategia útil.
- d) El infarto dorsal que se manifiesta como infradesnivel del ST de V1-V4, dada la ausencia de elevación del ST en el ECG de 12 derivaciones, no tiene indicación de tratamiento de reperfusión.

[RESPUESTAS](#)



EVALUACIÓN – Respuestas comentadas

[VOLVER](#)

PREGUNTA 1

Respuesta correcta: opción b.

El score de Framingham, con ciertas limitaciones que deben conocerse, resulta una herramienta útil para la valoración de riesgo absoluto de enfermedad coronaria. No obstante, en individuos con riesgo bajo o intermedio, la demostración de enfermedad vascular subclínica, enriquece la predicción de enfermedad coronaria y de eventos, de manera tal que estimula a la implementación de estrategia terapéuticas más intensas.

PREGUNTA 2

Respuesta correcta: opción b.

El angor típico implica alta probabilidad de padecer enfermedad coronaria. En el rango de edad de 50 a 59, la misma es de 93% para el hombre y 73% para la mujer. En la angina atípica baja a 65% en el hombre y 31% en la mujer. Por lo tanto, si bien el riesgo es menor en los pacientes con angor atípico, esto no implica que no pueda existir enfermedad coronaria.

PREGUNTA 3

Respuesta correcta: opción c.

La buena clase funcional, expresada como minutos de ejercicio forma parte del score de Duke. Si un paciente tiene un score alto (mayor a + 5), su mortalidad anual será de 0,25%. Por otra parte cuando la angina es clase III o IV, las guías establecen que aún con estudios de isquemia negativos es indicación realizar la CACG.

PREGUNTA 4

Respuesta correcta: opción d.

Diversos ensayos clínicos (HPS, CARE) han demostrado que el tratamiento con estatinas determina una marcada reducción de eventos coronarios, incluso en los pacientes que tienen colesterol normal o levemente aumentado. Por otro lado existe evidencia que el tratamiento médico intensivo es de beneficio (AVERT, TIME, Estudio de Leipzig)

PREGUNTA 5

Respuesta correcta: opción d.

Una buena función ventricular determinada por ecocardiograma es un marcador de buen pronóstico, pero ello no es suficiente para estratificar el riesgo, por lo que el estudio de estrés es lo indicado.

PREGUNTA 6

Respuesta correcta: opción d.

El estudio que tiene mayor rentabilidad diagnóstica es el de estrés con imágenes porque la paciente tiene PVM y la PEG puede dar un resultado falso positivo. Dado que no es una paciente de alto riesgo por tener angor atípico y no presenta elementos de inestabilidad, la CACG es inapropiada.

[VOLVER](#)

PREGUNTA 7

Respuesta correcta: opción a.

Nos encontramos ante un paciente con elevada probabilidad de presentar una coronariopatía aterosclerótica (donde se destaca su condición de diabético); que consulta por angor prolongado acompañado de alteraciones ECG, situación que define un SCA sin elevación del ST de riesgo alto. Las troponinas, que en caso de estar alteradas, agregan información diagnóstica y pronóstica, no son necesarias, en este paciente, para definirlo de riesgo alto.

PREGUNTA 8

Respuesta correcta: opción b.

La angina inestabilizada por condiciones extracoronarias tiene mayor mortalidad anual que la angina inestable primaria. La prevalencia y extensión de enfermedad coronaria aterosclerótica son similares en ambas circunstancias clínicas. La presencia de angina secundaria, aleja la probabilidad de accidente de placa, por tanto, no debe indicarse el tratamiento estándar de la angina primaria. Aún más, muchas veces la causa extracardíacas es una anemia por sangrado digestivo, que contraindica el tratamiento antiagregante y anticoagulante. La primera medida terapéutica ante esta circunstancia clínica es la corrección del factor desestabilizante.

PREGUNTA 9

Respuesta correcta: opción b.

En los SCA sin elevación del ST, el tratamiento con AAS y HBPM han demostrado la reducción de muerte e IAM a los 30 días. La NTG endovenosa, si bien es una excelente droga para calmar el dolor y estabilizar el cuadro clínico, no ha demostrado reducir la mortalidad. Si un paciente con SCA es catalogado de riesgo alto durante la admisión, la respuesta favorable al tratamiento no lo exime de la categoría de riesgo asignada. Las troponinas alteradas aumentan el riesgo de muerte/IAM a los 30 días y al año.

[VOLVER](#)

PREGUNTA 10

Respuesta correcta: opción b.

El objetivo principal ante un SCA con elevación del ST es implementar una estrategia de reperfusión sin dilatoria (tiempo = músculo). Este beneficio se pierde cuando han pasado 12 hs del inicio de los síntomas (salvo pocas excepciones). Ante igualdad de disponibilidad, es preferible la reperfusión mecánica (ATC primaria). En lugares donde existen tiempos de traslados prolongados hasta el centro donde se realizaría la reperfusión, es recomendable implementar un programa de fibrinólisis prehospitalaria. Existen algunos SCA que se presentan con alteraciones ECG equivalentes a elevación del ST (sin constituir verdaderas elevaciones del ST); uno de estos casos lo constituye el IAM dorsal o posterior, que se manifiesta por infradesnivel del ST de V1-V3. Este cuadro, que obedece a la oclusión trombótica de una rama de la CD o Cx, se beneficia de la ATC primaria. Es discutible, en esta circunstancia, la indicación de fibrinolíticos.