

EVALUACIÓN

MÓDULO CORONARIOGRAFÍA

Señale la opción correcta:

1. Todos los siguientes ramos pertenecen a la coronaria derecha (CD):

- a. Diagonales, marginales y arteria del cono.
- b. Marginales del ventrículo derecho, arteria del cono y arteria póstero ventricular.
- c. Arteria del nodo sinusal, descendente posterior y arteria diagonal.
- d. Posterolateral, diagonal y septales
- e. Arteria diagonalis y/o marginalis.

2. La dominancia coronaria está determinada por:

- a. La arteria que irriga la mayor extensión de miocardio.
- b. La arteria que determina la irrigación del nodo aurículo-ventricular (AV).
- c. El origen de la arteria descendente posterior (DP).
- d. La arteria que alcanza el apex del VI.
- e. La arteria del mayor calibre.

3. La mejor proyección para visualizar el tercio medio y distal de la descendente anterior (DA) es habitualmente:

- a. Anteroposterior craneal 40°.
- b. La araña (oblicua izquierda caudal).
- c. Anteroposterior caudal 30°.
- d. Oblicua izquierda.
- e. Anteroposterior.

4. Las siguientes arterias habitualmente pertenecen a la coronaria izquierda (CI):

- a. Circunfleja, ramo intermediario y marginal obtusa.
- b. Septales y marginales agudos.
- c. Tronco de CI, diagonalis y postero ventricular.
- d. Arteria del nodo sinusal.
- e. Ramos diagonales y arteria del cono.

5. Una lesión de bajo riesgo para angioplastia (ATC) se caracteriza por:

- a. Una longitud de hasta 20 mm de longitud.
- b. Ausencia de calcificación, ausencia de trombo y longitud menor a 10 mm.

- c. Ser ostial, de contorno liso y estar ubicada en un segmento con 60° de angulación.
- d. Tener calcificación moderada.
- e. Ocurrir en una bifurcación que requiere uso de 2 guías.

6. Con respecto a las lesiones con contenido trombótico:

- a. Pueden identificarse por la “imagen del menisco”.
- b. Pueden identificarse por la “imagen del riel”.
- c. La ATC en estas lesiones muy raramente genera el fenómeno de “no reflujo”
- d. Es infrecuente que se asocien a lesiones ulceradas.
- e. La angiografía tiene alta sensibilidad para su diagnóstico.

7. Con respecto a la ATC de las lesiones de bifurcación es cierto que:

- a. Siempre debe implantarse un stent en el vaso lateral.
- b. En la estrategia simple de ATC (stent previsto o provisional) se tratará el vaso lateral en caso de amenaza de oclusión del mismo.
- c. En caso de utilizar stents en ambos vasos no es necesario finalizar con *kissing balloon*.
- d. Siempre deberá colocarse una guía en el ramo lateral.
- e. Se considera fracaso cuando el stent del ramo principal cubre el origen del ramo lateral.

8. En un paciente con infarto agudo de miocardio (IAM) referido para ATC primaria:

- a. El objetivo ideal es lograr la reperfusión del vaso responsable obteniendo un flujo TIMI 3 independientemente del *blush*.
- b. No son útiles los dispositivos de extracción de trombo.
- c. El implante del stent puede provocar transitoriamente una disminución del flujo.
- d. El *blush* miocárdico no se visualiza por la técnica angiográfica convencional.
- e. No es necesario realizar la angiografía del vaso no culpable.

9. La ATC programada del tronco de la CI:

- a. Es una opción válida para paciente con Euroscore elevado.
- b. Solo se reserva para casos de tronco protegido.
- c. Debe reservarse para lesiones que comprometen su bifurcación.
- d. De acuerdo a la evidencia actual no se recomienda el uso de stent liberador de drogas.
- e. Debe asistirse siempre con la colocación de un balón de contrapulsación intraaórtico (BIACP).

10. En un paciente con IAM inferior Killip y Kimball 1, tratado mediante ATC primaria exitosa de la CD proximal y que asocia una lesión crítica de la DA proximal, la estrategia más adecuada de revascularización sería:

- a. No deberá realizarse en el mismo momento la ATC de DA.
- b. Luego del alta hospitalaria, se realizará la ATC de DA solo en caso de la persistencia de angina.

- c. No puede realizarse la ATC de DA antes del alta hospitalaria.
- d. Es imprescindible la realización de un estudio funcional para definir la indicación de revascularización.
- e. Debería aguardarse un plazo mínimo de 6 meses para la ATC de DA, para superar el plazo probable de restenosis de la CD.

11. En cuanto a la restenosis intrastent:

- a. En la restenosis oclusiva se obtiene buen resultado con ATC con balón.
- b. No hay evidencia suficiente acerca del uso de stent liberadores de drogas en su tratamiento.
- c. Tiene sustrato clínico y anatomopatológico diferente al de la trombosis subaguda.
- d. Su máxima incidencia se observa durante el primer mes post ATC.
- e. Generalmente se presenta como IAM.

MÓDULO ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS

1. En el estudio ecocardiográfico de estrés, son predictores de alto riesgo de eventos cardiovasculares mayores:

- a. Angor intenso.
- b. Disminución del volumen de fin de diástole.
- c. Hipotensión arterial sintomática.
- d. Isquemia a baja carga ergométrica o con bajas dosis en estrés farmacológico.
- e. Aparición de hipoquinesia en un segmento de la cara anterior o lateral.

2. Son indicaciones formales de realización de un ecocardiograma de estrés:

- a. Detección de isquemia en paciente sintomático con BCRD.
- b. Estratificación de riesgo en paciente con síndrome coronario agudo (SCA) 24 hs luego de estabilizado.
- c. Detección de isquemia en paciente con lesiones severas coronarias conocidas.
- d. Detección de isquemia en paciente con ergometría dudosa y probabilidad de cardiopatía isquémica de grado moderado.
- e. Detección de viabilidad en paciente preoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica con leve disminución de la FEVI.

3. El diagnóstico ecocardiográfico de viabilidad miocárdica está indicado en pacientes:

- a. Con angina estable sin alteraciones de la contractilidad basal.
- b. Con angina estable con alteraciones de la contractilidad basal.
- c. Con disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo, infarto de miocardio previo y lesiones coronarias significativas.

- d. Con aquinesia secuelar extensa, sin otras alteraciones de la contractilidad.
 - e. Asintomáticos, con lesiones coronarias significativas, sin alteraciones de la contractilidad segmentaria en el ecocardiograma basal.
-

MÓDULO MEDICINA NUCLEAR

1. Indique a quiénes no debe indicarse un estudio de perfusión miocárdica

- a. Pacientes asintomáticos con ergometría positiva
- b. Pacientes con dolor torácico no anginoso con ergometría positiva
- c. Mujeres jóvenes con dolor torácico atípico sin importar el resultado de la ergometría
- d. Pacientes con angor típico y ergometría negativa
- e. Pacientes con angor atípico múltiples factores de riesgo y ECG con BCRI

2. En la cardiopatía isquémica conocida los estudios de perfusión miocárdica se indican para:

- a. Identificar al vaso culpable
- b. Investigar severidad y extensión de la isquemia "Miocardio en riesgo"
- c. Establecer pronóstico post infarto de miocardio
- d. Planificación de la terapia de revascularización
- e. Todas las afirmaciones son correctas

3. En pacientes con probabilidad pretest intermedia de cardiopatía isquémica, el centellograma de perfusión miocárdica:

- a. Es indicación clase I como test de screening para demostrar isquemia miocárdica.
- b. Tiene sensibilidad y especificidad de 38% por lo cual el rendimiento diagnóstico es igual que la ergometría
- c. Sólo tiene indicación clase I cuando el electrocardiograma basal es no interpretable como por ejemplo en BCRD.
- d. Debe realizarse con vasodilatadores (dipiridamol o adenosina) si el paciente tiene marcapaso definitivo o BCRI.
- e. Con defecto de perfusión reversible extenso localizado en cara anterolateral puede ser debido a atenuación mamaria.

4. En la evaluación del paciente con SCA sin elevación de ST, el centellograma de perfusión miocárdica:

- a. No debe realizarse hasta tener el resultado de la coronariografía.
- b. Debe realizarse antes de la evaluación ecocardiográfica.
- c. No proporciona información pronóstica.
- d. Debe usarse de rutina dobutamina.

- e. Un deterioro de la función ventricular al stress farmacológico o ejercicio implica alto riesgo isquémico y de eventos adversos en el primer año post estudio.

MÓDULO TAC MULTICORTE Y RNM

1. Respecto a la tomografía multicorte señale la opción correcta:

- a. Las dosis de radiación que emite un estudio son inferiores a los producidos por la cine angiografía coronaria convencional.
- b. La detección de una placa ateromatosa calcificada indica la presencia de una estenosis coronaria hemodinámicamente significativa.
- c. Los requerimientos mínimos para el estudio del árbol coronario son de 128 cortes.
- d. El mayor beneficio del estudio se ve en pacientes que tienen alta probabilidad de coronariopatía.
- e. El screening de pacientes asintomáticos en búsqueda de estenosis coronaria no es recomendable en el momento actual

2. Respecto a la Resonancia Nuclear magnética cardíaca señale la opción correcta

- a. Las radiaciones emitidas por el estudio impiden reiterar en forma frecuente los exámenes.
- b. Los dispositivos metálicos tales como alambres de esternectomía, prótesis valvulares mecánicas y stents coronarios contraindican la realización del estudio.
- c. La valoración exacta de la función ventricular y la diferenciación entre miocardio viable o cicatrizal post IAM son 2 de sus ventajas respecto a la ecocardiografía o medicina nuclear.
- d. El uso del contraste nefrotóxico gadolinio constituye una de las mayores limitantes para su utilización en pacientes con trastornos de la función renal.
- e. La rapidez para obtener las imágenes cardíacas constituye una de las ventajas de la resonancia respecto a otras técnicas de imágenes.