

EVALUACIÓN**1) Ante el hallazgo de TV no sostenida en pacientes con cicatriz de infarto y FEVI conservada**

- a) Debe realizarse estudio electrofisiológico
- b) Se debe iniciar amiodarona
- c) No requiere otros estudios ni tratamiento
- d) Es mandatorio realizar cineangiografía

2) Respecto de la paraclínica a solicitar en un paciente que se presenta con TV monomorfa sostenida

- a) Las troponinas son de gran utilidad
- b) El ECG basal y en taquicardia es el examen mas importante
- c) Es obligatorio realizar un test funcional para descartar isquemia
- d) Se debe realizar cineangiografía de urgencia

3) En la estratificación de riesgo de muerte súbita en la cardiopatía no isquémica el examen más importante es

- a) Holter para valorar presencia de arritmia ventricular
- b) Ecocardiograma dirigido a valorar función ventricular
- c) Alternancia de la onda T y variabilidad de la frecuencia cardíaca
- d) Ergometría destinada a valorar clase funcional y arritmias al esfuerzo

4) ¿Cuál de las siguientes situaciones no tiene indicación de implante de cardiodesfibrilador?

- a) Cicatriz de infarto, FEVI 40%, TV no sostenida en holter, TV inducible en estudio electrofisiológico
- b) Cicatriz de infarto, FEVI 50%, historia de síncope, TV monomorfa sostenida
- c) Cicatriz de infarto, FEVI 25%
- d) cicatriz de infarto, FEVI 40%, holter con EV de alta incidencia con múltiples duplas

5) ¿Cuál de las siguientes situaciones tiene indicación de implante de cardiodesfibrilador?

- a) QT largo congénito tipo 1, con historia de síncope recurrente
- b) QT largo congénito tipo 1 tratado con betabloqueantes, con historia de síncope recurrente
- c) QT largo adquirido por drogas con episodio de Torsade de pointes que requirió CVE
- d) QT largo congénito tipo 1 asintomático, con antecedentes familiares de tío y abuelo con muerte súbita

6) En el síndrome de Brugada

- a) Los pacientes asintomáticos, con patrón tipo 1 espontáneo en ECG son de alto riesgo. Se debe implantar cardiodesfibrilador
- b) La aparición de un patrón tipo 1 inducido por flecainida es diagnóstica pero implica bajo riesgo de muerte súbita.
- c) Patrón tipo 1 en ECG e historia familiar de muerte súbita son indicación de implante de cardiodesfibrilador
- d) Historia de síncope y patrón tipo 1 inducido por flecainida son indicación de cardiodesfibrilador

7) En la estratificación de riesgo de muerte súbita post IAM

- a) Se debe pedir holter a todos los pacientes
- b) El riesgo de muerte súbita está ligado a la FEVI
- c) La presencia de arritmia ventricular en las primeras horas del IAM es marcador de alto riesgo a largo plazo
- d) La presencia de más de 10 extrasístoles por hora en holter previo al alta indica alto riesgo

8) Paciente portador de cardiopatía isquémica, con cardiodesfibrilador implantado consulta con usted porque recibió una descarga del dispositivo precedida de presíncope. Luego de la descarga el paciente se recupera sin déficit residual y asintomático ¿Cuál debe ser su conducta?

- a) Ingreso a CI, monitorización, ECG seriado y curva enzimática
- b) Ingreso a Emergencia, monitorización y control por 24 horas
- c) Cineangiografía de urgencia
- d) Ansiolíticos, coordinar interrogación del dispositivo en las siguientes 48-72 horas

9) Hombre de 46 años, fumador. Presenta episodio de pérdida de conocimiento en su casa, precedido de dolor precordial. Asistido por unidad de emergencia encuentra paciente en FV. Se desfibrila con 300 J saliendo con ritmo sinusal.

- a) El paciente debe realizarse CACG dentro de las 3 primeras horas independientemente de los hallazgos del ECG post reanimación.
- b) El paciente tiene indicado realizarse CACG solo si tiene supradesnivel de ST en el ECG post reanimación.
- c) Debe realizarse CACG en los pacientes que presenten curva enzimática positiva.
- d) Los hallazgos del ECG post reanimación son inespecíficos y no tienen valor diagnóstico.

10) Respecto al riesgo de muerte súbita en pacientes con antecedente de infarto

- a) Luego de 18 meses post infarto sin eventos, el riesgo de muerte súbita disminuye significativamente
- b) Debe tenerse en cuenta la FEVI a los 60 días post revascularización para valorar riesgo de muerte súbita.
- c) La presencia de un episodio de TV monomorfa sostenida a los 5 días post infarto no afecta el pronóstico alejado
- d) Si el paciente presenta TV sostenida que se interrumpe con amiodarona su indicación crónica es una buena estrategia para prevención de muerte súbita.