

Posibles respuestas: Atención a los procesos cardiológicos. 4.4 CFC:

<https://profesionales.msd.es/cursos/cursos-online-para-enfermeria/procesos-cronicos-cardiologicos.xhtml>

1.-Respecto de los criterios diagnósticos de la Insuficiencia Cardíaca ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- a.- Es suficiente con la presencia de un criterio mayor y dos menores para su diagnóstico.
- b.- El derrame pleural es un criterio mayor.**
- c.- La ingurgitación yugular es un criterio mayor.
- d.- Un ECG normal hace que el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca sea improbable.

2.-Un paciente diagnosticado de Insuficiencia Cardíaca que se encuentra bien en reposo pero que al levantarse del sillón y desplazarse unos pocos metros tiene disnea, se encontraría, según la NYHA, en clase funcional.

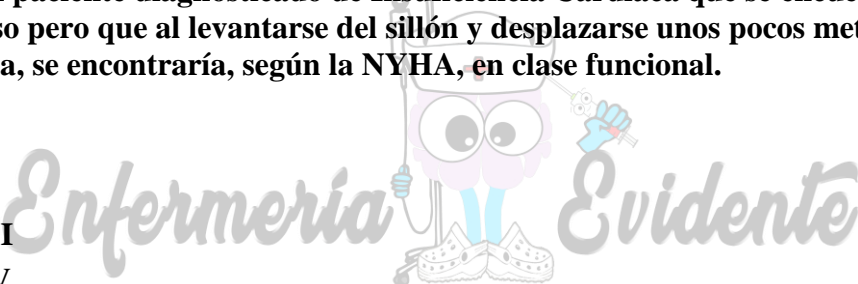
- a.- I
- b.- II
- c.- III**
- d.- IV

3.-¿Cuál de las siguientes características no es condición para continuar seguimiento presencial por cardiología una vez estabilizada la situación clínica?

- a.- FEVI < 40%.
- b.- Portador de marcapasos.**
- c.- Miocardiopatía familiares.
- d.- Primer año tras el debut de la insuficiencia cardíaca.

4.-¿Cuál de los siguientes criterios NO supone estabilidad en el control de la Insuficiencia Cardíaca?

- a.- Presión Arterial 138/86 mmHg.
- b.- Frecuencia cardíaca = 92 x'.**
- c.- Ausencia de edemas y disnea paroxística nocturna.
- d.- Hemoglobina = 13,1 gr/dl.



¿Quieres más cursos gratis y con respuestas como estos? Pues entonces visita:
www.enfermeriaevidente.com

5.-¿Cuál de las siguientes combinaciones de fármacos considera la MENOS RECOMENDABLE en un paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica?.

- a.- Lisinopril, nebivolol, eplerenona (con estricto control del potasio).
- b.- Lisinopril, carvedilol, torasemida.
- c.- Enalapril, metoprolol, espironolactona (con estricto control del potasio).
- d.- Sacubitril, valsartan, propanolol.**

6.-¿Cuál de las siguientes considera la arritmia cardíaca más frecuente?

- a.- Taquicardia intranodal.
- b.- Taquicardia ventricular.
- c.- Fibrilación auricular.**
- d.- Flutter auricular.

7.-Un paciente diagnosticado de fibrilación auricular presenta palpitaciones con frecuentes episodios de taquicardia y disnea de pequeños esfuerzos que le interfieren con su actividad habitual, ¿cuál de las siguientes considera más apropiada?:

- a.- No sería candidato a control del ritmo.
- b.- Su clase funcional de la EHRA corresponde con la clase III (afectación de las actividades de la vida diaria).**
- c.- No necesita tratamiento para control de la respuesta ventricular.
- d.- No parece requerir anticoagulación.

8.-Cuál de las siguientes afirmaciones no le parece correcta:

- a.- Los condicionantes más frecuentes de fibrilación auricular son la hipertensión arterial, la obesidad, la presencia de cardiopatía estructural y alteraciones neumológicas (EPOC y SAOS).
- b.- Según la duración de la FA y la estrategia terapéutica, la fibrilación auricular se clasifica en paroxística, persistente, persistente de larga duración y permanente.
- c.- El diagnóstico de FA requiere un registro electrocardiográfico de al menos una hora de duración.**
- d.- En pacientes asintomáticos y con factores de riesgo para fibrilación auricular, la toma del pulso y la realización de un ECG, en caso de pulso arrítmico, es el método de elección para el cribado en Atención Primaria.

9.-Cuál de las siguientes afirmaciones no le parece correcta, con respecto al primer episodio de fibrilación auricular

- a.- La valoración inicial debe dirigirse a descartar inestabilidad clínica o hemodinámica (hipotensión, síncope, insuficiencia cardíaca, angina, pacientes muy sintomáticos) y tiempo de evolución (< o > 24 horas).

¿Quieres más cursos gratis y con respuestas como estos? Pues entonces visita:
www.enfermeriaevidente.com

b.- Los casos de inestabilidad clínica o hemodinámica o duración estimada < 24 horas deben derivarse a urgencias.

c.- Los casos de estabilidad clínica y hemodinámica y duración estimada > 24 horas deben derivarse a urgencias.

d.- En todos los casos se realizará una valoración del riesgo tromboembólico aplicando la escala CHA2DS2-VASc para valorar idoneidad de anticoagulación y se aportará tratamiento para el control de frecuencia si ésta no es óptima.

10.-En relación con los objetivos del tratamiento de la fibrilación auricular, cuál de las siguientes considera correcta:

a.- El tratamiento de los factores de riesgo y posibles factores etiológicos no ha demostrado reducción de los episodios, por lo que no es necesario.

b.- A todos los pacientes diagnosticados se les debe valorar el riesgo tromboembólico mediante la escala CHA2DS2-VASc y en caso de ser >2 se iniciará antiagregación.

c.- En todos los pacientes, independientemente de la estrategia de control o no de ritmo, se debe valorar la necesidad de fármacos para el control de la respuesta ventricular.

d.- El control del ritmo es una decisión unilateral por parte del cardiólogo sin tener en cuenta las preferencias del paciente.

11.-Ana tiene 67 años, es hipertensa en tratamiento con 2 fármacos y presenta palpitations, motivo por el que acude a consulta con su médico de familia. A su llegada a consulta refiere episodios de palpitations inicialmente autolimitadas pero en los últimos 4 días se han mantenido de forma constante, no tiene dolor torácico, pero la sensación de taquicardia le molesta, aunque no le interfiere con sus tareas habituales. A la exploración física presenta SatO₂: 100%, TA: 165/87 mmHg, pulso arrítmico a 110 lpm, AC: ruidos cardiacos arrítmicos, sin soplos, AP: limpia, no edemas en MMII, tolerancia adecuada al decúbito. Se realiza ECG en el centro de salud que muestra una FA a 110-115 lpm. ¿Cuál de las siguientes no le parece adecuada?

a.- Se trata de un cuadro de fibrilación auricular probablemente de > 24 horas de evolución, con tolerancia hemodinámica adecuada.

b.- Ana presenta un riesgo tromboembólico moderado (CHA2DS2-VASc: 3), por lo que debería iniciarse anticoagulación.

c.- Debería optimizarse el tratamiento antihipertensivo para mejor control de las cifras de TA.

d.- El inicio de tratamiento cronotropo negativo para la respuesta ventricular no parece ser necesario en este caso.

12.-Una mujer de 50 años, fumadora e HTA, que trabaja en una oficina acude a la consulta de Atención Primaria una semana después de un ingreso en Cardiología por un síndrome coronario agudo. En el informe de alta que aporta constan los siguientes diagnósticos: angina inestable, enfermedad arterial coronaria de un vaso con revascularización completa (stent en arteria circunfleja) y buena función sistólica ventricular izquierda. La paciente refiere encontrarse asintomática y nos

¿Quieres más cursos gratis y con respuestas como estos? Pues entonces visita:
www.enfermeriaevidente.com

pregunta cuándo puede incorporarse a su puesto de trabajo. Señale la respuesta correcta:

- a.- Es imprescindible realizar antes una prueba de esfuerzo.
- b.- Debe esperar a la cita con el cardiólogo, que será quien determine cuándo puede darse el alta.
- c.- Al mes del ingreso.**
- d.- La a y la b son correctas.

13.-La paciente de la pregunta anterior deberá tomar la siguiente medicación excepto uno de los fármacos. Señale el fármaco que no está indicado en este caso:

- a.- Aspirina y un segundo antiagregante.
- b.- Un nitrato.**
- c.- Un IECA o un ARA-2.
- d.- Una estatina.

14.-¿Cuál de las siguientes actitudes no es correcta en la consulta de Atención Primaria en un paciente que ha sido dado de alta tras sufrir un síndrome coronario agudo?

- a.- Programar un análisis con función renal e iones a las 3-4 semanas.
- b.- Programar un análisis con perfil lipídico a las 12 semanas, con el fin de modificar el tratamiento hipolipemiante si no se cumple el objetivo.
- c.- Comprobar la adherencia al tratamiento y el correcto control de los factores de riesgo.
- d.- En caso de que el paciente refiera que haya comenzado hace dos semanas de nuevo con dolor torácico similar al del ingreso, con episodios cada vez más frecuentes y con menor nivel de esfuerzos deberemos realizar interconsulta a cardiología.**

15.-¿Cuál es la estrategia antitrombótica más aconsejable en un paciente con fibrilación auricular con CHA2DS2VASc de 3, un año después de haber sufrido un síndrome coronario agudo?

- a.- AAS + Clopidogrel.
- b.- Anticoagulación oral (ACO).**
- c.- ACO + AAS.
- d.- ACO + AAS + Clopidogrel.

16.-En relación con el control lipídico en el paciente que ha sufrido un síndrome coronario, señale cuál de la siguientes opciones no es correcta:

- a.- Las estatinas están indicadas siempre en prevención secundaria salvo contraindicaciones.

¿Quieres más cursos gratis y con respuestas como estos? Pues entonces visita:
www.enfermeriaevidente.com

b.- En un paciente que está tomando atorvastatina a la máxima dosis tolerada y tiene un cLDL de 85mg/dL está indicado añadir ezetimibe.

c.- El objetivo de cLDL es menor de 100mg/dl.

d.- En caso de intolerancia a las estatinas, ezetimibe en monoterapia es una buena opción.

17.-Respecto a la epidemiología de las valvulopatías, es incorrecto:

a.- La etiología degenerativa es la más frecuente.

b.- Las válvulas más frecuentemente afectadas son la mitral y la aórtica.

c.- Cada vez son más prevalentes.

d.- Están aumentando los casos de valvulopatía reumática.

18.-En el seguimiento en las consultas de Atención Primaria del paciente con valvulopatía es cierto que:

a.- Las valvulopatías ligeras deben ser valorados cada 6 meses.

b.- Hay que realizar un ECG en todas las consultas de seguimiento.

c.- Todas las consultas de seguimiento deben incluir una anamnesis para detección de síntomas y una exploración física para valoración clínica de posible progresión de la valvulopatía.

d.- Ante cambios en el estado clínico del paciente, sólo deberá contactarse con el cardiólogo si el paciente tiene una valvulopatía severa.

19.-En relación con el seguimiento compartido del paciente con valvulopatía, entre Atención Primaria y Cardiología, es cierto que:

a.- No es necesario la realización de ecocardiografías periódicas; es suficiente con el seguimiento clínico y mediante la auscultación.

b.- Todos los pacientes con valvulopatías ligeras deben ser periódicamente remitidos al cardiólogo para reevaluación de las mismas.

c.- Los pacientes con insuficiencia aórtica ligera deben ser remitidos al cardiólogo para realización de ecocardiografía cada 2 años si válvula aórtica bicúspide o síndrome de Marfan.

d.- Los pacientes con insuficiencia mitral ligera deben ser remitidos al cardiólogo para realización de ecocardiografía cada 5 años si prolapso mitral.

20.-Debemos remitir a Urgencias y no a Cardiología a un paciente con valvulopatía en todos los casos siguientes excepto:

a.- Valvulopatías moderadas o severas asintomáticas que comienzan con síntomas graves (angina progresiva o de reposo, insuficiencia cardíaca,...).

b.- Pacientes portadores de prótesis valvulares si se sospecha disfunción protésica crónica.

c.- Pacientes portadores de prótesis valvulares si se sospecha disfunción protésica aguda.

¿Quieres más cursos gratis y con respuestas como estos? Pues entonces visita:
www.enfermeriaevidente.com

d.- Fiebre sin foco en pacientes portadores de prótesis valvulares.

21.-Respecto a la profilaxis de la endocarditis bacteriana, señale la correcta:

a.- Se recomienda en pacientes de moderado y alto riesgo de endocarditis.

b.- Se recomienda sólo en pacientes de alto riesgo que van a ser sometidos a procedimientos dentales que precisen manipulación de la región gingival o periapical de los dientes o la perforación de la mucosa oral.

c.- Los pacientes portadores de prótesis valvulares se consideran de riesgo moderado.

d.- Se recomienda sólo en pacientes de alto riesgo que van a ser sometidos a procedimientos dentales que precisen manipulación de la región gingival o periapical de los dientes o la perforación de la mucosa oral, así como a sondajes vesicales o endoscopias digestivas.

22.-¿Cuál de las siguientes no es una causa cardiológica de síncope?

a.- Taquicardia ventricular rápida.

b.- Valvulopatía aórtica.

c.- Bloqueo auriculoventricular avanzado.

d.- Estenosis severa del tronco carotídeo.

23.-Señale cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta:

a.- En un paciente con palpitaciones rápidas y frecuentes o mal toleradas y con ECG normal se debe realizar una interconsulta a cardiología

b.- En un paciente con palpitaciones y arritmia sostenida se debe hacer una interconsulta a cardiología.

c.- En un paciente con palpitaciones ocasionales, sin repercusión clínica y ECG normal se debe realizar una interconsulta a cardiología.

d.- Ante un primer episodio de palpitaciones sostenidas no es necesario realizar una analítica.

24.-¿Cuál de las siguientes no es necesaria en la Historia Clínica del dolor torácico?

a.- Descripción del dolor.

b.- Sintomatología asociada.

c.- Antecedentes personales.

d.- Todas son necesarias.

25.-A partir de que puntuación se sospecha enfermedad coronaria en la clasificación de Geleijnse modificada

a.- > 3 puntos

b.- > 6 puntos

¿Quieres más cursos gratis y con respuestas como estos? Pues entonces visita:
www.enfermeriaevidente.com

c.- > 5 puntos

d.- > 7 puntos

26.- Marque la respuesta correcta sobre los tipos de angina inestable

a.- El dolor de naturaleza y localización características, pero que ocurre en reposo y en periodos de hasta 20 minutos es una angina de reposo.

b.- Un episodio reciente de angina moderada grave de nueva aparición, clase II - III de la Canadian Cardiovascular Society (CCS) es una angina de nueva aparición.

c.- En pacientes con cardiopatía isquémica estable, dolor torácico que aumenta progresivamente de gravedad e intensidad, con un umbral más bajo de esfuerzo (como mínimo clase III de la CCS), durante un periodo corto, de 4 semanas o menos es una angina in crescendo o que aumenta rápidamente.

d.- Todas son correctas.

