

## EXTRAHOSPITALARIAS CARDIOVASCULARES 2018

1. ¿Qué factores de riesgo nos encontramos en un aneurisma disecante de aorta?
  - a. HTA.
  - b. Síndrome de Marfan.
  - c. Traumatismos torácicos.
  - d. Todos son ciertos Correcta**
2. En el shock cardiogénico se produce un desfallecimiento de la bomba cardiaca con una caída de la tensión arterial. ¿Qué signos de bajo gasto nos encontramos?
  - a. Hipoperfusión con oliguria, palidez, sudoración, bradicardia y obnubilación.
  - b. Hipoperfusión con oliguria, cianosis, sudoración, asistolia y obnubilación.
  - c. Hiperperfusión con oliguria, piel cetrina, taquicardia y obnubilación.
  - d. Hipoperfusión con oliguria, palidez, sudoración, taquicardia y obnubilación. Correcta**
3. Son las 3´00 horas y Tomás, de 78 años, presenta de forma brusca sensación de ahogo con disnea severa, sudoración profusa con una saturación de O<sub>2</sub> de 86%, una tensión arterial de 167/98 mmHg, y una frecuencia cardiaca de 134 lat/min.; refiere además opresión torácica intensa con expectoración rosada. Cual de las siguientes medidas estará contraindicada:
  - a. Diurético de acción rápida para eliminar líquidos: Furosemida 40 mg/IV.
  - b. Cloruro mórfico 3-5 mg y Nitroglicerina 50 mg + 250 ml Dextrosa 5% a 6-8 ml/h.
  - c. Colocar al paciente en posición de Trendelenburg, con los miembros inferiores y superiores elevados para facilitar la eliminación de los edemas. Correcta**
  - d. EKG al inicio del cuadro y si hay cambios clínicos.
4. ¿En que arteria es más frecuente la aparición de un aneurisma disecante?
  - a. Cubital
  - b. Aorta Correcta**
  - c. Coronarias
  - d. Hepática
5. En un síndrome coronario agudo, el dolor isquémico está producido por:
  - a. Por una placa aterosclerótica que reduce la luz de la vena coronaria.
  - b. Acumulación de metabolitos de origen hipóxico que estimulan las terminaciones nerviosas sensoriales cardiacas. Correcta**
  - c. Por la onda T negativa con el QRS estrecho al realizarle el ECG.
  - d. Por la elevación de la troponina I en sangre a las 3 horas de que se produzca el dolor.
6. El marcapasos es un dispositivo indicado en:
  - a. En casos de toxicidad farmacológica y trastornos electrolíticos.
  - b. Soporte del gasto cardiaco tras cirugía cardiaca.
  - c. Bradicardias extremas con signos de bajo gasto.
  - d. Todas son indicaciones. Correcta**
7. Una embolia pulmonar masiva puede producirnos un shock:
  - a. Shock obstructivo cardiaco. Correcta**
  - b. Shock hipovolémico.
  - c. Shock anafiláctico.
  - d. Shock séptico.
8. En el shock grave que signo no nos vamos a encontrar:
  - a. Agitación y obnubilación por mala perfusión cerebral.
  - b. Piel edematosa acompañada de hipotensión severa.
  - c. Taquicardia con frecuencia mayor de 120 latidos por minuto.
  - d. Diuresis horaria mayor de 100 ml. Correcta**

9. Un paciente que presenta alteración del nivel de conciencia con cianosis generalizada, disminución del relleno capilar por encima de 3 segundos, piel edematosa con hipotensión severa, taquicardia y oliguria ¿Sospechamos que presenta?
- EPOC reagudizada.
  - Angina inestable.
  - c. Shock grave. Correcta**
  - Pericarditis.
10. ¿Cómo podemos escuchar mejor el roce pericárdico de un paciente que presenta una pericarditis?
- En el borde esternal derecho, en el 4º espacio intercostal, con el paciente inclinado hacia delante o sentado (“roce de cartón”).
  - b. En el tercio inferior del esternón, en apnea y espiración profunda y con el paciente inclinado hacia delante o sentado. Correcta**
  - En el ápex cardiaco con inspiraciones profundas y lentas del paciente, desconectando la fuente de oxígeno.
  - En el borde esternal izquierdo 4º EIC, con el paciente en decúbito supino, y en apnea.
11. La indicación clínica de fibrinólisis para realizarla de forma extrahospitalaria incluye la presencia de dolor cardíaco isquémico de más de 20 minutos de duración que no cede con nitroglicerina SBL, con ascenso del ST en las 3 primeras horas de evolución de los síntomas. También estabilidad hemodinámica y ausencia de contraindicaciones absolutas de fibrinólisis. Además uno de los siguientes criterios.
- a. Con ECG con elevación del ST más de 1mm en dos derivaciones de los miembros o más de 2 mm en precordiales contiguas o BRIHH de reciente aparición. Correcta**
  - Con ECG con descenso del ST más de 1mm en dos derivaciones de los miembros o más de 3 mm en precordiales contiguas o BRIHH de reciente aparición.
  - Con ECG con elevación del ST más de 2mm en todas las derivaciones de los miembros o más de 3 mm en precordiales contiguas o BRIHH de reciente aparición.
  - Con ECG con descenso del ST más de 1mm en dos derivaciones de los miembros o más de 2 mm en precordiales contiguas o BRDHH de reciente aparición.
12. Una de las causas más frecuentes de la torsada de pointes es:
- Síndrome coronario agudo.
  - Insuficiencia cardíaca congestiva con fracaso ventricular izquierdo.
  - c. Hipomagnesemia o hipopotasemia. Correcta**
  - Infección de origen viral o bacteriano.
13. Si nos encontramos un paciente que presenta dolor lacerante posterior de gran intensidad, irradiado a región lumbar y que presenta signos de bajo gasto deberemos sospechar de:
- Shock hipovolémico por rotura de la arteria meníngea media.
  - b. Shock obstructivo cardíaco por aneurisma aórtico. Correcta**
  - Litiasis urinaria.
  - Shock anafiláctico por rotura de un quiste hepático.
14. Dentro de los factores de riesgo cardiovascular sin posible modificación no se encuentra uno de los siguientes parámetros:
- Enfermedad vascular previa.
  - Edad.
  - c. Diabetes. Correcta**
  - Historial familiar.
15. De los siguientes signos adversos que nos encontramos en una bradicardia cual no nos indica inestabilidad en el pacientes:
- Presión sanguínea sistólica menor de 90 mmHg.
  - b. Nivel de conciencia normal Correcta**
  - Arritmias ventriculares.
  - Fallo cardíaco (shock cardiogénico).

16. En la clasificación de la insuficiencia cardiaca y la incapacidad que supone, vemos que una insuficiencia cardiaca clase II, es aquella en la que aparecen:
- Síntomas con la actividad física menor de la habitual, con síntomas en reposo.
  - Síntomas con la actividad física habitual, sin presencia de síntomas en reposo. Correcta**
  - Síntomas en cualquier momento, con la actividad habitual.
  - Síntomas en reposo aumentados por cualquier actividad física.
17. En un electrocardiograma nos encontramos un ritmo regular de 198 lat/min que comienza y termina de forma brusca, sin ondas P y con complejos QRS con morfología normal y una duración de 0'10 seg. Estamos ante una arritmia de tipo:
- Taquicardia sinusal (TS).
  - Taquicardia supraventricular (TSV). Correcta**
  - Flutter auricular.
  - Taquicardias ventriculares (TV).
18. Cuando un paciente presenta fibrilación ventricular (FV) estamos ante un paciente que no presenta uno de los siguientes signos:
- Tensión arterial mayor de 70 mmHg. Correcta**
  - Complejos QRS irregulares de morfología anárquica.
  - Ausencia de movimientos respiratorios.
  - Puntuación en la escala de coma de Glasgow de 3.
19. Cuando valoramos y tratamos una taquiarritmias de manera extrahospitalaria, debemos remitir al hospital aquellas que:
- Arritmias ya tratadas que han presentado alteraciones hemodinámicas.
  - Arritmias que hayan descompensado una patología cardiaca previa.
  - Arritmias secundarias a un síndrome coronario agudo o la administración de fármacos.
  - Todas son ciertas. Correcta**
20. En la monitorización de un paciente con una fibrilación auricular (FA) nos vamos a encontrar:
- Electrocardiograma rítmico, con ondas "F" entre 250-350 lat/min; el complejo QRS entre 150-200 lat/min con morfología normal y una conducción con bloqueo A-V 2:1 ó 3:1.
  - Electrocardiograma arrítmico, con ondas "f" entre 350-600 lat/min; el complejo QRS mantiene una morfología normal, con una frecuencia variable por el bloqueo A-V variable. Correcta**
  - Electrocardiograma con ondas P' entre 150-200 lat/min; el complejo QRS tiene morfología normal entre 150-200 lat/min. y la conducción 1:1 (P': QRS).
  - Electrocardiograma sin ondas P ni relación P-QRS; el complejo QRS tiene una duración mayor de 0,14 seg.
21. El control del dolor en un SCA se puede hacer con todos los siguientes fármacos excepto con uno de ellos:
- Cloruro mórfico 3-5 mg IV lento c/ 5-10 minutos (1 amp. + 9 ml salino).
  - Meperidina 50-100 mg IV lento.
  - Aspirina 300 mg OR. Correcta**
  - Tramadol 100 mg + 100 ml de S. Salino en 20 minutos.
22. Hablamos de crisis hipertensiva cuando nos encontramos los siguientes valores de TA:
- TAS menor de 140 mmHg y TAD menor de 90 mmHg.
  - TAS mayor de 140 mmHg y TAD mayor de 90 mmHg.
  - TAS mayor de 170 mmHg y TAD mayor de 110 mmHg Correcta**
  - TAS menor de 170 mmHg y TAD mayor de 90 mmHg.
23. ¿Cual de las siguientes complicaciones pueden aparecer al realizar una pericardiocentesis?
- Rotura de los vasos coronarios o los mamarios.
  - Neumotórax.
  - Laceración hepática.
  - Todas ellas están incluidas. Correcta**

24. Cual de las siguientes situaciones se consideran emergencias hipertensivas:
- Encefalopatía hipertensiva.
  - Hemorragia intracraneal, intraparenquimatosa o subaracnoidea.
  - Insuficiencia ventricular izquierda (edema agudo de pulmón).
  - d. Todas son correctas. Correcta**
25. ¿Cuál de los siguientes signos clínicos no nos deberíamos encontrarlos en un derrame pericárdico?
- Presión venosa central aumentada.
  - Tensión arterial disminuida.
  - c. Respiración de Kussmaul. Correcta**
  - Ruidos cardíacos apagados.
26. El control del dolor en un SCA se puede hacer con todos los siguientes fármacos excepto con uno de ellos:
- Cloruro mórfico 3-5 mg IV lento c/ 5-10 minutos (1 amp. + 9 ml salino).
  - Meperidina 50-100 mg IV lento.
  - c. Aspirina 300 mg OR. Correcta**
  - Tramadol 100 mg + 100 ml de S. Salino en 20 minutos.
27. Dentro de los cuidados de enfermería en un paciente con shock se incluyen las siguientes medidas:
- Valoración del nivel de conciencia.
  - Observar la perfusión tisular con coloración, temperatura y sudoración.
  - Canalizar 2 vías venosas periféricas con sueroterapia y con control de líquidos.
  - d. Todos están incluidas. Correcta**
28. Ante un paciente que presenta dolor en torácico retroesternal de comienzo brusco, punzante y desgarrador, irradiado a espalda en región lumbar, y que aumenta con los cambios de presión torácica. ¿Qué patología sospechamos que pudiera presentar?
- a. Aneurisma aórtico. Correcta**
  - Síndrome coronario agudo.
  - Edema agudo de pulmón.
  - Pericarditis.
29. ¿Cual de las siguientes complicaciones pueden aparecer al realizar una pericardiocentesis?
- Lesión de la aurícula izquierda.
  - Rotura de los vasos coronarios o los mamarios.
  - Laceración hepática.
  - d. Todas ellas están incluidas. Correcta**
30. Entre los signos adversos de una bradicardia que pueden indicar inestabilidad hemodinámica no están incluidos:
- Presión sanguínea sistólica menor de 90 Mg.
  - Frecuencia cardíaca menor de 40 lat/min.
  - c. Frecuencia respiratoria de 16 resp/min. Correcta**
  - Fallo cardíaco con shock cardiogénico.