



1 Mujer de 31 años de edad, múltipara, que acude al servicio de urgencias por presentar un cuadro clínico caracterizado por palidez, frialdad y ausencia de pulsos en la pierna derecha. Entre sus antecedentes personales consta un episodio febril agudo acompañado por derrames articulares, nódulos subcutáneos y erupciones eritematosas con un área central claro y bordes eritematosos y serpiginosos. Desde hace 9 años acude al servicio de cardiología tras un episodio de disnea y hemoptisis. En la auscultación se aprecia, a nivel de la punta, un chasquido al inicio de la diástole y un refuerzo del primer ruido, habiendo desaparecido el retumbo diastólico que refiere su historial cardiológico. Una vez resuelta la complicación que presenta, no es útil en el tratamiento de la enfermedad de esta paciente:

- 1) Profilaxis de las infecciones estreptocócicas
- 2) Profilaxis de la endocarditis bacteriana
- 3) Anticoagulación indefinidamente, al menos durante un año
- 4) Implantación de una prótesis biológica
- 5) Glucósidos cardíacos

2 Mujer de 75 años, ex fumadora de 40 cigarrillos/día, diagnosticada de EPOC y con antecedentes de insuficiencia renal, en tratamiento con digital por insuficiencia cardíaca, refiere una clínica de náuseas vómitos y anorexia. En la auscultación presenta latidos ventriculares prematuros. La analítica muestra entre otras cosas una glucosa 150 mg/dl, ac. Úrico 7 mg/dl, pH 7,54 y aumento de los lípidos. Además si preguntamos más a la paciente probablemente nos diga que tiene una erupción cutánea y visión amarilla. ¿Cuál es la causa más frecuente?:

- 1) Tratamiento con fentolamina y fenoxibenzamina
- 2) Tratamientos con bloqueantes
- 3) Tratamientos con diuréticos tiacídicos
- 4) Tratamiento con diuréticos tipo espironolactona
- 5) Tratamiento con furosemda

3 Varón de 68 años con HTA desde hace 10 años, ingresa por presentar cuadro de epigastralgia intensa con presentación posterior de dolor precordial opresivo, sin clínica vagal. ECG del ingreso: elevación del ST y ondas Q altas en II, III y aVf; nueve días después presenta de forma brusca alteración del nivel de conciencia con imposibilidad de palpar pulso arterial. ECG: trazado sinusal con las secuelas de isquemia precedentes. Disminución de amplitud de los complejos QRS. Exploración: aumento de matidez

en la cara anterior del tórax. Rx tórax: No cardiomegalia. Claridad de ambos campos pulmonares. Actitud a seguir:

- 1) Instaurar marcapasos transitorio ya que se trata de un bloqueo A-V completo que se asocia con frecuencia a IAM inferior
- 2) Ecocardiografía con cateterismo posterior de forma diferida
- 3) Pericardiocentesis con extracción rápida de líquido pericárdico
- 4) En primer lugar ecocardiografía para confirmar diagnóstico clínico seguido de pericardiocentesis
- 5) Control de T.a y dar VC arterial que aumentaría la postcarga y remontaría la situación

4 Varón, 60 años, viene por molestias abdominales mal definidas. La exploración define una masa abdominal palpable y pulsátil. La TAC define Aneurisma Aorta Abdominal Infrarrenal de 5 centímetros de diámetro. Actitud:

- 1) Diazóxido, tratamiento
- 2) Tratamiento con hidralacina
- 3) Anticoagular
- 4) Cirugía prolongada
- 5) Cirugía urgente

5 Una mujer de 32 años presenta anorexia y artralgias de larga evolución. A la exploración no logramos averiguar el pulso radial en ninguno de los brazos, en nuestra anamnesis consta la dificultad de la paciente de realizar las taras habituales con los brazos. El diagnóstico más probable de los siguientes será:

- 1) Artritis reumatoidea
- 2) PAN clásica
- 3) Esclerodermia generalizada
- 4) Enfermedad de Takayasu
- 5) Enfermedad de Horton

6 Un varón de 56 años con un soplo sistólico paraesternal izquierdo, disnea de esfuerzo y ECG con signos de hipertrofia ventricular izquierda. Con la administración de digital el soplo del paciente aumentó en intensidad. Ante estos datos debemos sospechar principalmente:

- 1) Estenosis aórtica reumática
- 2) Insuficiencia mitral aguda
- 3) Miocardiopatía hipertrófica
- 4) Cor pulmonale
- 5) Insuficiencia aórtica

7 Un varón de 57 años presenta un soplo diastólico con arrastre presistólico en foco mitral, así como un primer ruido reforzado, con la característica que es prácticamente imperceptible en bipedestación y es muy intenso en decúbito lateral izquierdo. ¿Cuál de las siguientes pruebas nos clarificaría mejor el diagnóstico de sospecha?:

- 1) Ergometría
- 2) Holter
- 3) Ecocardiografía
- 4) Coronariografía
- 5) Estudio de presiones intracavitarias

8 Observamos a un paciente que acude por edemas e ingurgitación yugular indicadora de presión venosa alta. A la auscultación en el borde paraesternal derecho, oímos un soplo diastólico que se hace más intenso en la inspiración con un extratono agudo pegado al segundo ruido. Al monitor la presión venosa observamos que el seno y es más lento de lo normal con una onda a más pronunciada. Todos estos signos son compatibles con:

- 1) Comunicación interauricular
- 2) Pericarditis constrictiva
- 3) Estenosis mitral con hipertensión pulmonar
- 4) Estenosis tricuspídea
- 5) Infarto de VD

9 Lactante enfermo que ingresa por presentar cuadro clínico compatible con neumonía, pero en el que se objetiva la presencia de una gran cardiomegalia. Los padres refieren que el cuadro ha sido de comienzo insidioso, con disminución de la apetencia del niño por lo que ha perdido bastante peso. A la exploración presenta disnea, cianosis peribucal, tos seca y vómitos. Una vez ingresado se comprueba que la clínica anterior va a más pero no aparece fiebre. Al explorarle se observa un aumento del área cardíaca, taquicardia, tonos muy débiles, ritmo de galope y un soplo sistólico suave I-III/VI. Ante este cuadro, el dco menos erróneo que usted podría realizar sería:

- 1) Origen anómalo de art. coronaria izquierda
- 2) Glucogenosis cardíaca
- 3) Cardiopatía congénita
- 4) Síndrome miocárdico
- 5) Neumonía

10 Paciente de 7 años de edad que presenta una clínica de ansiedad, palidez, vómitos, mareos, palpitaciones, cefaleas y angor. Realizado un ECG, se observa un QRS fino con frecuencia de 225 lat/min, momento en el que el niño sufre una

brusca pérdida de conciencia, cediendo espontáneamente tras lo que aparece una poliuria. ¿Qué diagnóstico haría usted en este caso?:

- 1) Marcapasos migratorio
- 2) Enfermedad del seno
- 3) Bloqueo a-v de II grado
- 4) Taquicardia ventricular
- 5) Taquicardia supraventricular

11 Mujer de 80 años en tratamiento de una insuficiencia cardíaca con Digoxina y Furosemida, comienza con anorexia, náuseas y vómitos. El E.C.G muestra un descenso del segmento ST, de concavidad superior, con acortamiento del intervalo QT y extrasístoles ventriculares. ¿Qué tratamiento no consideraría justificado?:

- 1) Difenilhidantoína
- 2) Marcapasos temporal
- 3) Aumentar la dosis de Furosemida
- 4) Añadir potasio
- 5) Suspender la Digital 2 o 3 días

12 Varón de 50 años que acude a urgencias con un dolor opresivo en toda la cara anterior del tórax e irradiado hacia los brazos; también presenta sudoración fría y náuseas. ¿Qué diagnóstico sugiere usted si a los 2 días el E.C.G demuestra una onda Q > 25% de la altura del QRS en DII, DIII y aVF?:

- 1) Infarto posterior
- 2) Infarto inferior
- 3) Infarto anterior-extenso
- 4) Episodio de angina
- 5) Infarto apical

13 Varón de 55 años de edad, que acude a urgencias con cefalea intensa. Su nivel de conciencia es propio de una persona obnubilada, y su TA es de 220/145. ¿Qué exploración tiene prioridad absoluta?:

- 1) Gasometría arterial
- 2) Electroencefalograma
- 3) Determinar glucemia
- 4) Fondo de ojo
- 5) Punción lumbar

14 Un varón que ha sufrido un recambio valvular aórtico hace dos semanas comienza con fiebre, disnea y alteración del estado mental, todo ello de forma brusca. Dco, microbiológico:

- 1) ST aureus
- 2) Coxiella burnetti
- 3) H. influenzae



cardiología

- 4) St. Viridans
- 5) Candida albicans

15 Un paciente con endocarditis protésica por estafilococo epidermis, que a pesar del tratamiento correcto antibiótico persiste con su cuadro de endocarditis, la actitud a seguir es:

- 1) Añadir mayor número de antibióticos
- 2) Cambiar el tipo de AB
- 3) Sustituir la válvula protésica
- 4) Buscar un foco séptico diferente a la endocarditis
- 5) Mantener el mismo tto hasta completar el número de semanas correcto

16 Mujer de 42 años, que acude al servicio de urgencias de su hospital con un cuadro de brusca instauración, consistente en dolor torácico, disnea e ingurgitación yugular, edemas de extremidades inferiores y reflejo hepatoyugular positivo. Dco:

- 1) Pericarditis aguda
- 2) SD. carcinoide
- 3) Neumonía
- 4) TEP
- 5) IAM

17 Mujer de 75 años que ingresa por síncope de esfuerzo. El ECG muestra hipertrofia de VI y se ausculta un soplo sistólico que irradia a carotidas. Indique cuál es el examen no invasivo más sensible para obtener un dco:

- 1) Rx de tórax
- 2) ECO
- 3) Prueba de esfuerzo
- 4) TAC
- 5) Pruebas de función respiratoria

18 La presencia de un tercer ruido cardíaco no siempre es patológico en un paciente y tendríamos que relacionarlo con:

- 1) Llenado ventricular precoz
- 2) Dilatación auricular
- 3) Cierre de la válvula mitral
- 4) Cierre de la válvula aórtica
- 5) Excesiva contracción auricular

19 Usted en un auscultación detecta un ruido de alta frecuencia y corto que ocurre tras S1 (protosistólico). Indique la única situación donde no se produciría este fenómeno:

PREGUNTES TEST DE CARDIOLOGIA

- 1) Estenosis valvular aórtica no calcificada
- 2) Válvula aórtica bicúspide
- 3) Insuficiencia aórtica
- 4) Estenosis mitral
- 5) Estenosis pulmonar

20 La presencia de un clic mesosistólico no eyectivo que se acompaña de un soplo telesistólico creciente-decreciente que finaliza antes de S2, correspondería con:

- 1) Prolapso mitral
- 2) Estenosis aórtica
- 3) Estenosis mitral
- 4) Insuficiencia aórtica
- 5) Estenosis tricuspídea

21 En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca es necesario tener en cuenta que la administración de determinados fármacos interfieren con la absorción de la digital. Uno de los siguientes fármacos no presenta esta desventaja:

- 1) Antidiarréicos con pectina
- 2) Neomicina
- 3) Resinas hipocolestromiantes
- 4) Verapamil
- 5) Antiácidos no absorbibles

22 Un paciente presenta una intoxicación masiva aguda de digoxina. Indique el tratamiento a emplear:

- 1) Calcio
- 2) Magnesio
- 3) Anticuerpos antidigoxina
- 4) Ouabaina
- 5) Dopamina

23 Un paciente presenta un edema pulmonar con una presión sistólica de 95 mmHg. Indique la medida terapéutica que no estaría indicada en el tratamiento:

- 1) Morfina iv
- 2) Oxígeno al 100%
- 3) Furosemida
- 4) Nitroprusiato iv
- 5) Posición sentada

24 Un paciente acude a su consulta con disnea de esfuerzo, edemas, ascitis y hepatomegalia. La exploración muestra taquicardia, seno "y" profundo y brusco que aumenta más con la inspiración. La radiografía muestra calcificaciones. Indique el diagnóstico:



- 1) Derrame pericárdico crónico
 - 2) Taponamiento cardíaco
 - 3) Pericarditis aguda con derrame
 - 4) Pericarditis crónica constrictiva
 - 5) Metástasis de melanoma en el pericardio
- 25 Uno de los siguientes pacientes no requiere la implantación de un marcapasos permanente. ¿Cuál?:**
- 1) Bloqueo auriculoventricular II Mobitz II
 - 2) Enfermedad del seno
 - 3) Bradicardia sintomática
 - 4) Bloqueos trifasciculares
 - 5) Cirugía cardíaca con riesgo de bloqueo AV
- 26 Un paciente hipertiroides presenta una taquicardia de 150 lpm, con S1 fuerte y soplo sistólico por hiperflujo, ¿cuál sería el tratamiento correcto?:**
- 1) Cardioversión
 - 2) Amiodarona
 - 3) Propanolol
 - 4) Marcapasos temporal
 - 5) Digoxina
- 27 Un paciente vagotónico presenta varios episodios de Stoke-Adams. Se realiza un ECG mostrando que algunos estímulos desde el nodo sinusal no se transmiten. ¿Cómo se denomina este cuadro?:**
- 1) Bloqueo sinoauricular de primer grado
 - 2) Bloqueo sinoauricular de segundo grado
 - 3) Bloqueo sinoauricular de tercer grado
 - 4) Bloqueo sinoauricular de cuarto grado
 - 5) Bloqueo sinoauricular de quinto grado
- 28 ¿Cómo clasificaría la angina que presentó en un paciente con el esfuerzo hace tres semanas?:**
- 1) De esfuerzo progresiva
 - 2) De esfuerzo estable
 - 3) De esfuerzo de novo
 - 4) Espontánea
 - 5) Aberrante
- 29 Usted decide realizar una prueba de esfuerzo a un paciente. Señale la única situación por la cual no interrumpiría esta prueba:**
- 1) Malestar torácico
 - 2) Depresión de ST > de 2mm
 - 3) Taquiarritmias
 - 4) Disminución de la tensión sistólica de 5 mmHg
 - 5) Disnea, mareos y fatiga
- 30 En el paciente anterior se lleva a cabo la prueba hasta el final. Podría indicar cuál de los siguientes datos indicaría una prueba positiva:**
- 1) Descenso sesgado hacia abajo de ST mayor de 1 mm más de 0,08 sg
 - 2) Alteraciones de la onda T
 - 3) Arritmias desarrolladas durante el ejercicio
 - 4) Trastornos de la conducción
 - 5) Taquicardia sinusal
- 31 Un paciente de 65 años ingresa en el hospital con un cuadro de deterioro del estado general y fiebre alta de pocos días de evolución, desarrollando de forma brusca un cuadro de disnea muy severo. A la exploración se recoge una T.A de 85/60, un soplo sistólico en punta y un 4º ruido izquierdo. En la Rx de tórax se observa un patrón intersticio-alveolar bilateral con corazón de tamaño normal. En los hemocultivos se detectó estafilococo aureus y el ecocardiograma había revelado varias vegetaciones valvulares izquierdas. Lo más probable es que el paciente haya sufrido:**
- 1) Embolismo pulmonar
 - 2) Desarrollo de abscesos miocárdicos con severos trastornos de la conducción
 - 3) Insuficiencia mitral aguda por rotura de cuerdas tendinosas
 - 4) Rotura del tabique interventricular
 - 5) Insuficiencia aórtica aguda
- 32 Un hombre de 45 años presenta un cuadro de nasofaringitis con fiebre moderada, palpitations y afectación del estado general. A la exploración se descubre un primer ruido apagado junto con un tercer ruido y un soplo de insuficiencia mitral. En el ECG hay alteraciones transitorias de ST y T. La analítica revela un aumento de la CPK-MB. De las siguientes posibilidades diagnósticas, ¿cuál le parece la más probable?:**
- 1) Miocarditis viral
 - 2) Miocarditis de células gigantes
 - 3) Pericarditis aguda
 - 4) Angina
 - 5) Miocardiopatía dilatada
- 33 Un hombre de 47 años consulta por disnea y angina que se ponen de manifiesto con ejercicio moderado. A la exploración se recoge un soplo sistólico paraesternal izquierdo que se acentúa con la maniobra de Valsalva y el ejercicio. En el ECG se detecta hipertrofia ventricular izquierda. La Rx de**



tórax es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1) Miocardiopatía hipertrófica obstructiva
- 2) Estenosis aórtica
- 3) Prolapso mitral
- 4) Miocardiopatía restrictiva
- 5) Cardiopatía hipertensiva

34 Un niño de 11 años presenta un cuadro de fiebre, nódulos subcutáneos, artralgiás y un dolor torácico retroesternal que aumenta con la inspiración y la tos. A la auscultación se recoge un roce pericárdico. La analítica revela leucocitosis, aumento de VSG y de la proteína C reactiva. En el ECG hay un alargamiento del espacio PR como único dato llamativo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1) Fiebre reumática
- 2) Artritis crónica juvenil
- 3) Enfermedad de Still
- 4) Endocarditis infecciosa
- 5) Espondilitis anquilopoyética

35 Un enfermo que había sido dado de alta tras recuperarse de un infarto sufrido 3 semanas antes, reingresa de nuevo por un cuadro de dolor torácico retroesternal que aumenta con la inspiración, fiebre de 39,5°C y dolores articulares. El cuadro remitió con tratamiento sintomático en 10 días, pero al cabo de 2 meses presentó un nuevo cuadro muy similar al anterior. ¿Cuál es su diagnóstico?:

Síndrome de Dressler

- 1) Angor postinfarto
- 2) Miocardiopatía isquémica
- 3) Pericarditis idiopática, probablemente viral
- 4) Pericarditis subaguda

36 Un enfermo con disnea, ingurgitación yugular, hepatomegalia y ascitis, presenta a la exploración taquicardia, tonos cardíacos apagados y pulso paradójico. En el pulso venoso destaca un seno "x" rápido y prominente, y un seno "y" prácticamente inexistente. ¿Cuál de las siguientes posibilidades diagnósticas le parece la más probable?:

- 1) Insuficiencia cardíaca derecha
- 2) Pericarditis constrictiva
- 3) Taponamiento cardíaco
- 4) Miocardiopatía restrictiva
- 5) Insuficiencia cardíaca congestiva

37 Mujer de 40 años sin antecedentes personales de interés que presenta como antecedentes familiares un hermano con miocardiopatía hipertrófica

obstructiva y madre muerta por carcinoma de mama. Acude a urgencias por disnea y dolor precordial de una hora de evolución. Una vez en el hospital se le detecta como datos importantes un aumento de la presión venosa central, pulso paradójico e hipotensión arterial junto con un corazón pequeño e inmóvil. Usted pensaría ante este cuadro en:

- 1) Estenosis mitral
- 2) Taponamiento cardíaco
- 3) Insuficiencia aórtica
- 4) Estenosis aórtica
- 5) Pericarditis aguda

38 Paciente varón de 40 años al que se encuentra una presión venosa aumentada en yugulares, que aumenta con la inspiración. Y a la exploración abdominal se aprecia hepatomegalia de tres dedos de través, signo de la onda ascítica y timpanismo en la percusión de hipogastrio derecho al situar al enfermo en decúbito lateral izquierdo y mate si está en decúbito supino; ruidos cardíacos apagados sin soplos, latido cardíaco imperceptible, disminución de la presión arterial con la inspiración y corazón de tamaño normal o discretamente crecido. Ante este caso usted pensará indudablemente en una patología concreta que tratará con:

- 1) Pericardiocentesis
- 2) Pericardiectomía
- 3) Diuréticos
- 4) Aspirina
- 5) Corticoides

39 Un anciano de 72 años está siendo tratado de una insuficiencia cardíaca con digoxina. Como consecuencia de una gran retención líquida se le receta furosemida, apareciendo al cabo de unas horas bigeminismo ventricular. ¿Cuál de las siguientes situaciones no contribuiría a agravar aún más su situación actual?:

- 1) Acidosis
- 2) Hipoxia
- 3) Administración conjunta de verapamil
- 4) Insuficiencia renal
- 5) Hipertiroidismo

40 Una ADVP acudió a urgencias con la siguiente clínica desde hace 2 días; fiebre de 39° C y dolor pleurítico en costado izquierdo de presentación brusca. En la placa de tórax se observaron imágenes de condensación en ambos lóbulos

inferiores pulmonares. El germen que más probablemente haya causado esta patología es:

- 1) Estreptococo viridans
 - 2) Eikenella corrodens
 - 3) Estafilococo dorado
 - 4) Estafilococo epidermis
 - 5) Candida parasytosis
- 41 Una mujer sometida a un sondaje en quirófano, a la que no se administró profilaxis antibiótica, hizo un pico de fiebre a los 5 días de la intervención que se acompañó de petequias en las manos y soplo sistólico en foco mitral. El hemocultivo fue positivo para enterococos. La pauta de tratamiento más usada en este caso es:**
- 1) Penicilina G
 - 2) Penicilina y gentamicina
 - 3) Cefazolina
 - 4) Gentamicina y rifampicina
 - 5) Vancomicina
- 42 Mujer de 15 años de edad que acude a su consulta refiriendo padecer dolores de cabeza. En la inspección inicial observa la baja talla de su paciente, cuello alado e inmadurez en sus caracteres sexuales. En la palpación del tórax se aprecia el pulso y dilatación de los vasos intercostales. Las extremidades superiores presentan un mayor desarrollo que las inferiores hallándose estas últimas frías al tacto. La T.A obtenida fue de 150/100, el pulso radial estaba aumentado en contraposición a la disminución de los pulsos de las extremidades inferiores. En la auscultación, la audición de un soplo mesosistólico en la parte anterior de tórax, espalda y apófisis espinosas apoya su diagnóstico de presunción. No esperaría encontrar en el estudio radiológico de esta paciente:**
- 1) Dilatación de la a. subclavia izquierda en el borde mediastínico
 - 2) El signo del "3"
 - 3) Erosión del reborde costal
 - 4) Atrofia del ventrículo izquierdo
 - 5) Dilatación de la aorta ascendente
- 43 Paciente con antecedentes de hipertensión pulmonar que presenta una ingurgitación yugular, hepatomegalia y reflujo hepatoyugular. En la palpación del tórax se aprecia un prominente impulso ventricular derecho y la auscultación refleja un soplo holosistólico que aumenta durante la inspiración. Todo ello es sugerente de:**
- 1) Estenosis mitral
 - 2) Insuficiencia mitral
 - 3) Estenosis tricuspídea
 - 4) Insuficiencia tricuspídea
 - 5) Comunicación interauricular
- 44 Paciente asintomático, de aspecto desgarbado debido a la excesiva longitud de sus extremidades y afecto de una cifoescoliosis, al que en un examen médico se le ausculta un chasquido mesosistólico con soplo telesistólico creciente-decreciente de alta frecuencia. El chasquido y el soplo son más precoces en bipedestación, con la maniobra de valsalva y con la inhalación de nitrito de amilo. El ECG fue normal. No es cierto con respecto a este proceso:**
- 1) Se trata de un hallazgo frecuente en el síndrome de Marfan
 - 2) Es más frecuente en varones
 - 3) Es la causa más frecuente de insuficiencia mitral aislada grave
 - 4) La valva mitral posterior se afecta más frecuentemente que la anterior
 - 5) La ecografía bidimensional muestra un desplazamiento sistólico de las valvas mitrales por encima del anillo valvular
- 45 Varón de 48 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor retroesternal, debilidad, sudoración, náuseas y vómitos. Entre sus antecedentes personales figura el uso de antiácidos y antisecretores empleados en el tratamiento una úlcera péptica aguda. En el ECG se observa la existencia de una onda Q patológica con elevación del segmento ST. En la analítica se asiste a la elevación de CK, CK-Mb y GOT. No emplearía en el tratamiento de este paciente:**
- 1) Oxígeno para elevar la pO₂
 - 2) Analgésicos para aliviar el dolor
 - 3) Estreptocinasa durante las 6 primeras horas para lograr una reperfusión temprana
 - 4) Sedantes para tranquilizar al paciente
 - 5) Reposo absoluto para reducir el trabajo cardíaco
- 46 Varón de 45 años, hipertenso conocido, con antecedentes de isquemia miocárdica, que actualmente presenta, tras un episodio de hemorragia, disnea, fatiga, edema en las extremidades y tos nocturna. En la radiografía de tórax muestra distensión venosa pulmonar, derrame pleural derecho y cavidades normales. ¿Qué síntomas o signo le haría dudar, aunque no excluir, el diagnóstico?:**

- 1) Ausencia de hemoptisis
2) Tos nocturna
3) Cavidades normales
4) Ausencia de depresión
5) Ausencia de hepatomegalia
- 47 Varón de 30 años, con síndrome de Marfan, presente dolor torácico interescapular súbito e intenso con disnea. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico y derrame pleural izquierdo. Indique la prueba con la que se establece el diagnóstico definitivo:**
- 1) ECO
2) TAC
3) Aortografía
4) ECG
5) RMN
- 48 Un paciente cardiópata presenta, mientras está en tratamiento, taquiarritmia supraventricular con bloqueo auriculo-ventricular; esto es muy sugerente de toxicidad por:**
- 1) Nicardipina
2) Digoxina
3) Bloqueante beta-adrenérgico
4) Procainamida
5) Lidocaína
- 49 Si un paciente con disnea de esfuerzo, angina, soplo sistólico rudo que aumenta con la maniobra de Valsalva, S4, pulso bisferiens y alteración en el ECG en las derivaciones I, aVL, V5 y V6. La ecografía demuestra obstrucción del flujo de salida. ¿Qué medida debemos evitar siempre en este paciente?:**
- 1) Diuréticos
2) Propanolol
3) Disopiramida
4) Profilaxis antibiótica de la endocarditis
5) Amiodarona
- 50 Una mujer de 42 años acude a consulta con disnea de esfuerzo. A la exploración presenta pulso saltón y soplo de regurgitación diastólica con existencia de un tercer ruido. El diagnóstico más probable de nuestra paciente es:**
- 1) Insuficiencia aórtica
2) Insuficiencia mitral
3) Estenosis mitral
4) Coartación aórtica

5) Prolapso mitral