



EX-9UCHS64C

**EXAMEN RESIDENCIA: ANGIOLOGÍA GENERAL Y
HEMODINAMIA**



Apellido/s:

Nombre/s:

DNI:

Sede:

Aula: ____

BORRADOR

Firma del Inscripto

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

1. ¿Cuál es la técnica de imagen de primera línea recomendada para confirmar el diagnóstico, evaluar la gravedad y el pronóstico de un paciente con estenosis valvular pulmonar?

A. Tomografía computarizada (TC) cardíaca.

B. Ecocardiografía transtorácica (ETT).

✓ CORRECTA

C. Resonancia magnética cardíaca (RMC)

D. Angiografía.

2. En pacientes con Estenosis Mitral Degenerativa (calcificación masiva del anillo mitral - MAC), ¿cuál es la principal diferencia en el manejo intervencionista respecto a la etiología reumática según las guías AHA/ACC?

A. La valvuloplastia mitral es el tratamiento de elección debido a la fragilidad de estos pacientes.

B. Se indica reemplazo valvular quirúrgico, aunque técnicamente muy complejo por la calcificación del anillo.

C. Se indica reemplazo valvular quirúrgico, aunque técnicamente muy complejo por la calcificación del anillo.

D. El manejo inicial suele ser conservador, dado que la intervención (quirúrgica o transcatóter) conlleva un riesgo periprocedimiento muy elevado.

✓ CORRECTA

3. ¿Qué parámetros hemodinámicos definen, de forma estándar, una Estenosis Aórtica (EA) como "grave" o "severa" en presencia de flujo normal?

A. Área valvular $> 1.5 \text{ cm}^2$ y gradiente medio $< 20 \text{ mmHg}$.

B. Área valvular $< 1.0 \text{ cm}^2$ y gradiente medio $> 40 \text{ mmHg}$.

C. Área valvular $< 1.0 \text{ cm}^2$ y velocidad máxima del chorro $< 3 \text{ m/s}$.

D. Área valvular $< 1.5 \text{ cm}^2$ con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $< 40\%$ independientemente del área.

✓ CORRECTA

4. En la insuficiencia mitral (IM) primaria grave, ¿cuál es la estrategia quirúrgica preferida siempre que sea anatómicamente posible?

A. Reemplazo valvular por prótesis mecánica.

B. Reparación valvular (plástica mitral).

✓ CORRECTA

C. Reemplazo valvular por prótesis biológica.

D. Implante de clip mitral (MitraClip) como primera opción en todos los casos.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

5. ¿Cuál es el umbral de diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo (DTSVI) para recomendar cirugía en pacientes con insuficiencia aórtica grave asintomática?

A. > 40 mm.

B. > 50 mm

✓ CORRECTA

C. > 60 mm

D. >70 mm.

6. En un paciente con Insuficiencia Mitral Secundaria (IMS) grave, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 35% y síntomas persistentes (NYHA II-IV) a pesar de un tratamiento médico optimizado, ¿cuál es el criterio fundamental para considerar la reparación transcáteter borde a borde (TEER) según los criterios de "proporcionalidad" derivados del estudio COAPT?

A. Un volumen de fin de sístole del ventrículo izquierdo (VFSVI) > 70 mm.

B. Un área de orificio regurgitante efectivo (EROA) > 30 mm² con un volumen de fin de diástole (VFDVI) < 90 ml/m².

✓ CORRECTA

C. Un EROA > 40 mm² independientemente del volumen ventricular.

D. Un volumen regurgitante > 30 ml/latido con Fey > 50%

7. ¿Cuál es el objetivo de RIN recomendado para un paciente con una prótesis mecánica bivalva en posición aórtica sin otros factores de riesgo embólico?

A. 1.5 - 2.0.

B. 2.5

✓ CORRECTA

C. 3.5.

D. 4.5.

8. ¿Cuál es la recomendación de Clase 1 para la elección de prótesis (Mecánica vs. Biológica) en pacientes menores de 50 años que requieren reemplazo valvular aórtico?

A. Prótesis biológica de última generación si se encuentra disponible.

B. Prótesis mecánica.

✓ CORRECTA

C. TAVI balón expandible si posee anatomía favorable.

D. Homoinjerto aórtico.

9. ¿Cómo se clasifica a un paciente con estenosis aórtica severa que se encuentra asintomático?

A. Estadio B.

B. Estadio C.

✓ CORRECTA

C. Estadio D1.

D. Estadio D2.

Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional - EX-9UCHS64C

BORRADOR

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

10. ¿Qué intervención se recomienda para pacientes con Estenosis Mitral Reumática severa que tienen una morfología valvular favorable?

A. Reemplazo valvular mitral mecánico.

B. Valvuloplastia con balón.

✓ CORRECTA

C. Reparación mitral quirúrgica.

D. Reemplazo valvular percutáneo.

11. Para el diagnóstico de severidad de la Insuficiencia Tricúspidea, ¿cuál es el ancho de la "Vena Contracta" que sugiere IT severa?

A. > 3 mm.

B. > 5 mm.

C. > 7 mm.

✓ CORRECTA

D. > 9 mm.

12. ¿Qué cambio significativo se introdujo en los Criterios de Duke modificados por la ESC 2023 para el diagnóstico de Endocarditis infecciosa?

A. Se eliminó la ecocardiografía como criterio mayor.

B. Se incluyó el uso de técnicas de imagen avanzada (PET/CT con 18F-FDG o SPECT/CT) como criterio mayor.

✓ CORRECTA

C. Solo se consideran criterios mayores los cultivos de Staphylococcus aureus.

D. Se requiere la presencia de 4 criterios menores para el diagnóstico de El "probable".

13. Según las guías de insuficiencia cardíaca, ¿cuál es la definición precisa del Estadio B de la Insuficiencia Cardíaca?

A. Pacientes con factores de riesgo pero sin enfermedad estructural.

B. Pacientes con enfermedad estructural pero sin síntomas previos ni actuales de IC.

✓ CORRECTA

C. Pacientes con síntomas previos o actuales asociados a enfermedad estructural.

D. Pacientes con IC refractaria que requiere intervenciones especializadas.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

14. En un paciente con insuficiencia cardíaca y FEy < 40%, ¿cuál es la recomendación para el inicio de cuadruple terapia?

A. Iniciar IECA, esperar 4 semanas y luego agregar Beta-bloqueantes.

B. Iniciar los cuatro pilares (ARNI, BB, ARM, iSGLT2) de forma simultánea o rápida.

✓ CORRECTA

C. Iniciar iSGLT2 solo si el paciente es diabético.

D. Espironolactona solo se indica si la FEy es < 30%.

15. Respecto al uso de Vericiguat en Insuficiencia Cardíaca, según el estudio VICTORIA y las guías actuales, ¿en qué escenario se recomienda?

A. Como reemplazo de los iSGLT2 en pacientes con falla renal.

B. En pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida que han tenido una hospitalización reciente o necesidad de diuréticos IV.

✓ CORRECTA

C. En pacientes en Estadio A con péptidos natriuréticos elevados.

D. Como terapia de primera línea junto con Beta-bloqueantes.

16. ¿Cuál es el punto de corte de FEy para definir "IC con FEy Mejorada" (HFimpEF)?

A. FEy basal < 40% que aumenta a > 40% en el seguimiento.

✓ CORRECTA

B. FEy basal < 35% que aumenta a > 50%.

C. FEy que aumenta al menos 10 puntos respecto al basal.

D. Cualquier aumento de la FEy tras el tratamiento médico óptimo.

17. En la Amiloidosis por Transtiretina (ATTR), ¿qué hallazgo en el centellograma con pirofosfato (^{99m}Tc -PYP) es diagnóstico de compromiso cardíaco (en ausencia de gammapatía monoclonal)?

A. Grado de captación de Perugini 0 o 1.

B. Grado de captación de Perugini 2 o 3.

✓ CORRECTA

C. Relación corazón/hemitórax contralateral < 1.1.

D. Solo la biopsia endomiocárdica es diagnóstica.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

18. ¿Cuál es el fármaco de elección para el tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva sintomática refractaria a beta-bloqueantes, según la evidencia reciente (EXPLORER-HCM)?

A. Disopiramida.

B. Mavacamten.

✓ CORRECTA

C. Verapamilo.

D. Ranolazina.

19. En la IC con FEy Preservada (IC-FEyP), ¿qué fármaco demostró reducción significativa de hospitalizaciones y muerte cardiovascular en los estudios EMPEROR-Preserved y DELIVER?

A. Sacubitrilo/Valsartán.

B. Empagliflozina / Dapagliflozina.

✓ CORRECTA

C. Espironolactona.

D. Candesartán.

20. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea para la amiloidosis por transtirretina para reducir mortalidad y hospitalizaciones?

A. Quimioterapia basada en Bortezomib.

B. Tafamidis.

✓ CORRECTA

C. Trasplante hepático aislado.

D. Estabilizadores de microtúbulos.

21. En la Miocardiopatía Hipertrófica, ¿qué grosor parietal máximo se considera un factor de riesgo mayor de muerte súbita para indicación de CDI (Guía AHA)?

A. ≥ 20 mm.

B. ≥ 25 mm.

C. ≥ 30 mm.

✓ CORRECTA

D. ≥ 15 mm con obstrucción dinámica.

22. En el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con Fey reducida, ¿cuál es la principal contraindicación para iniciar Sacubitrilo/Valsartán?

A. Antecedente de angioedema relacionado con IECA.

✓ CORRECTA

B. Presión arterial sistólica < 100 mmHg.

C. Filtrado glomerular de 40 ml/min/ 1.73m^2 .

D. Edad mayor a 80 años.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

23. ¿Cuándo se recomienda el uso de Ivabradina en insuficiencia cardíaca con FEy reducida?

A. Ritmo sinusal, FC ≥ 70 lpm, FEy $\leq 35\%$ a pesar de dosis máximas toleradas de BB.

✓ CORRECTA

B. En Fibrilación Auricular para control de frecuencia.

C. Como alternativa a los Beta-bloqueantes si el paciente tiene EPOC bajo control.

D. En pacientes con FEy preservada y taquicardia sinusal.

24. ¿Qué valor de presión capilar pulmonar (PCP) define a la Hipertensión Pulmonar "Post-capilar" en el contexto de IC?

A. PCP ≤ 15 mmHg.

B. PCP > 15 mmHg.

✓ CORRECTA

C. PCP > 20 mmHg.

D. PCP > 25 mmHg.

25. Según las guías actuales, ¿cuál es la indicación de Clase I para cirugía en un paciente con Insuficiencia Mitral Primaria (orgánica) grave que se encuentra asintomático?

A. Diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI) > 40 mm y/o FEy ventrículo izquierdo $< 60\%$.

✓ CORRECTA

B. Presencia de fibrilación auricular de nueva aparición o presión sistólica de la arteria pulmonar > 50 mmHg en reposo.

C. Diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI) > 45 mm y FEy ventrículo izquierdo $> 70\%$.

D. Solo si el paciente presenta síntomas claros (NYHA II-IV) o caída de la FEVI $< 30\%$.

26. Un paciente de 75 años con Insuficiencia Mitral primaria grave por prolapso bivalvular presenta un riesgo quirúrgico intermedio-alto (STS 6%). El equipo multidisciplinario (Heart Team) evalúa la opción de reparación percutánea borde a borde (TEER). ¿Qué característica anatómica se considera un desafío mayor o contraindicación relativa para el éxito del procedimiento con dispositivos actuales?

A. Longitud de la valva posterior > 10 mm.

B. Área de la válvula mitral < 4.0 cm² o gradiente medio basal > 4 mmHg.

✓ CORRECTA

C. Localización de la regurgitación en el segmento central (A2-P2).

D. Ausencia de calcificación en el anillo mitral.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

27. En el contexto de insuficiencia mitral secundaria (atrial) debida a fibrilación auricular permanente con remodelado del anillo y FEVI preservada, ¿cuál es el mecanismo fisiopatológico predominante y la recomendación terapéutica inicial?

A. Disfunción isquémica de los músculos papilares; el tratamiento de elección es la revascularización coronaria.

B. Dilatación del anillo mitral y desplazamiento apical de los velos; se recomienda control de ritmo/frecuencia y diuréticos antes de considerar intervención.

✓ CORRECTA

C. Ruptura de cuerdas tendinosas; requiere cirugía de reparación o reemplazo valvular.

D. Engrosamiento fibrótico de los velos; el tratamiento estándar es la valvuloplastia percutánea con balón.

28. ¿Cuál es la principal innovación del modelo SCORE2 en comparación con el modelo SCORE original?

A. Predice la mortalidad cardiovascular a 10 años.

B. Predice eventos cardiovasculares fatales y no fatales.

✓ CORRECTA

C. Se aplica exclusivamente a pacientes con diabetes tipo 1.

D. No requiere niveles de colesterol para el cálculo.

29. ¿Cuál es el objetivo de colesterol LDL para un paciente categorizado como de "Muy Alto Riesgo"?

A. < 100 mg/dL (2.6 mmol/L).

B. < 70 mg/dL (1.8 mmol/L).

C. < 55 mg/dL (1.4 mmol/L).

✓ CORRECTA

D. < 40 mg/dL (1.0 mmol/L).

30. ¿Qué recomendación de actividad física aeróbica semanal se sugiere para adultos de todas las edades para reducir la mortalidad?

A. 50-100 minutos de intensidad vigorosa.

B. 150-300 minutos de intensidad moderada.

✓ CORRECTA

C. 300-400 minutos de intensidad moderada.

D. 300-400 minutos de intensidad vigorosa.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

31. En el tratamiento de la hipertensión, ¿cuál es el objetivo general de presión arterial sistólica (PAS) en la mayoría de los adultos (18-69 años) como primer paso?

A. < 150 mmHg.

B. 120-130 mmHg.

✓ CORRECTA

C. < 110 mmHg.

D. 130-140 mmHg.

32. ¿Cuál de los siguientes es un "modificador de riesgo" que puede considerarse si la estimación del SCORE2 está cerca de un umbral de decisión?

A. Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.

✓ CORRECTA

B. Hipertrofia en el ECG

C. Niveles de vitamina D.

D. Frecuencia cardíaca en reposo.

33. En pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida, ¿qué fármacos tienen recomendación Clase I?

A. iSGLT2 o agonistas del receptor de GLP-1.

✓ CORRECTA

B. Sulfonilureas.

C. Metformina.

D. Insulina.

34. ¿Qué factor ambiental se incluye explícitamente en las guías actuales como un contribuyente al riesgo de enfermedad CV?

A. Exposición a la luz azul de pantallas.

B. Contaminación del aire y ruido ambiental.

✓ CORRECTA

C. Altitud sobre el nivel del mar.

D. Humedad relativa.

35. ¿Cuál es la recomendación sobre el consumo de alcohol en las guías de prevención cardiovascular?

A. Máximo 50 g de alcohol por semana.

B. Máximo 100g de alcohol por semana.

C. Máximo 200g de alcohol por semana.

D. Dos copas de vino al día para hombres y mujeres.

✓ CORRECTA

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

36. ¿Cuál es el umbral de presión arterial (PA) definido por las guías para el diagnóstico de Hipertensión Arterial en el consultorio?

A. $\geq 130/80$ mmHg.

B. $\geq 135/85$ mmHg.

C. $\geq 140/90$ mmHg.

✓ CORRECTA

D. $\geq 150/95$ mmHg.

37. En el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA), ¿cuál es el valor promedio de 24 horas que define hipertensión?

A. $\geq 120/70$ mmHg.

B. $\geq 130/80$ mmHg.

✓ CORRECTA

C. $\geq 135/85$ mmHg.

D. $\geq 140/90$ mmHg.

38. ¿Cuál es la estrategia terapéutica inicial preferida para la mayoría de los pacientes hipertensos según el Consenso Argentino?

A. Monoterapia con diuréticos.

B. Combinación de dos drogas en un solo comprimido (Coregulación/Combinación fija).

✓ CORRECTA

C. Betabloqueantes como primera línea.

D. Cambios en el estilo de vida durante los primeros 6 meses.

39. ¿Qué estudio se considera el "estándar de oro" para evaluar la presencia de Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) por su sensibilidad?

A. Electrocardiograma (índice de Sokolow).

B. Ecocardiograma Doppler.

✓ CORRECTA

C. Tomografía computada cardiaca.

D. Ventriculograma izquierdo.

40. En pacientes con Hipertensión y Diabetes, ¿qué grupo farmacológico se recomienda como base del tratamiento por su efecto nefroprotector?

A. Calcioantagonistas dihidropiridínicos.

B. Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina (IECA o ARA II).

✓ CORRECTA

C. Betabloqueantes de primera generación.

D. Calcioantagonistas no dihidropiridínicos.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

41. ¿Qué porcentaje de reducción de sodio se sugiere como meta mínima en la dieta del paciente hipertenso argentino?

A. Menos de 5 gramos de sal al día.

✓ CORRECTA

B. Menos de 10 gramos de sal al día.

C. Eliminación total del sodio de la dieta.

D. Menos de 10 gramos de sales de potasio al día.

42. ¿Cómo se define "Hipertensión Resistente" (o Refractaria) cuando no se alcanzan los objetivos de presión arterial a pesar de usar?

A. Dos drogas a dosis máximas.

B. Tres drogas (incluyendo un diurético) a dosis óptimas.

✓ CORRECTA

C. Cuatro drogas de diferentes familias

D. Cinco drogas de diferentes familias.

43. ¿Cuál es la recomendación sobre el uso de aspirina en prevención primaria en pacientes hipertensos sin enfermedad cardiovascular establecida?

A. Uso universal en todos los hipertensos mayores de 50 años.

B. No se recomienda de forma rutinaria por el riesgo de sangrado.

✓ CORRECTA

C. Solo si el paciente presenta otro factor de riesgo cardiovascular adicional.

D. Solo si recibe al menos 3 medicamentos antihipertensivos.

44. En un paciente con Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCASEST) de "muy alto riesgo", ¿cuál es el tiempo recomendado para realizar la estrategia invasiva?

A. Inmediata (dentro de las 2 horas).

✓ CORRECTA

B. Dentro de las 12 horas.

C. Dentro de las primeras 24 horas.

D. Puede diferirse hasta las 72 horas si el paciente está estable.

45. Según las guías ESC 2023 sobre el manejo de síndromes coronarios agudos, ¿cuál es la recomendación actual sobre el pre-tratamiento con inhibidores de P2Y12 en pacientes con SCASEST cuya anatomía coronaria es desconocida?

A. Se recomienda de forma rutinaria en todos los casos.

B. No se recomienda de forma rutinaria.

✓ CORRECTA

C. Solo se recomienda si la anatomía se conocerá en >24 horas.

D. Se recomienda iniciar Prasugrel antes de la cinecoronariografía si el paciente es menor de 70 años.

Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional - EX-9UCHS64C

BORRADOR

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

46. Un paciente presenta un IAMCEST de 4 horas de evolución. El centro de salud no dispone de hemodinamia y el tiempo estimado de traslado a un centro con capacidad de angioplastia primaria es de 140 minutos. ¿Cuál es la conducta indicada?

- A. Trasladar para angioplastia primaria en forma inmediata.
- B. Iniciar tratamiento fibrinolítico en forma inmediato.**
✓ CORRECTA
- C. Administrar carga de aspirina y clopidogrel en forma inmediata y luego coordinar traslado.
- D. Realizar angioplastia de rescate solo si falla el tratamiento médico inicial.

47. En el contexto de revascularización de enfermedad de tronco de coronaria izquierda (TCI) no protegida con un Score de SYNTAX >32, ¿cuál es la recomendación de elección?

- A. Angioplastia Coronaria (ATC) con Stent Farmacológico.
- B. Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM).**
✓ CORRECTA
- C. Ambas tienen la misma recomendación.
- D. Tratamiento médico óptimo y evaluar respuesta clínica con isquemia residual.

48. ¿Cuál es la duración estándar recomendada para la Terapia Antiagregante Doble (DAPT) en un paciente con Síndrome Coronario Crónico tras el implante de un stent liberador de drogas, asumiendo que no hay alto riesgo de sangrado?

- A. 1 mes.
- B. 3 meses.
- C. 6 meses.**
✓ CORRECTA
- D. 12 meses.

49. En pacientes con enfermedad multivazo y Diabetes Mellitus, ¿qué estrategia de revascularización ha demostrado consistentemente mejores resultados en términos de reducción de mortalidad y MACCE?

- A. Angioplastia con stents de última generación.
- B. Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM).**
✓ CORRECTA
- C. Angioplastia de la arteria culpable y tratamiento médico del resto.
- D. CRM híbrida.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

50. Según Rovere (1994), uno de los desafíos de la educación permanente es la resistencia al cambio. Según el autor, ¿cuál es una estrategia clave para abordar esta resistencia en los equipos?

A. Reforzar los sistemas de monitoreo para asegurar la adopción inmediata de las nuevas normativas institucionales.

B. Involucrar a los trabajadores en el análisis de sus procesos de trabajo para identificar colectivamente los nudos críticos y sus soluciones.

✓ CORRECTA

C. Implementar ciclos de capacitación técnica externa para actualizar los conocimientos teóricos del personal sobre los nuevos procesos.

D. Difundir circulares y comunicaciones oficiales para informar de manera exhaustiva sobre la obligatoriedad de los nuevos procesos.

51. Según la Ley N° 153 Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ¿dónde se debaten y se proponen los grandes lineamientos en políticas en salud?

A. En el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

B. En el Consejo General de Salud.

✓ CORRECTA

C. En instancias de coordinación con organismos nacionales y provinciales.

D. En el Ministerio Salud de la Nación.

52. En la presentación de un caso clínico en un congreso del sector salud, un equipo presenta un caso donde nombran por su nombre y apellido a la paciente cuya patología están estudiando. De acuerdo con la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y sus modificatorias, ¿qué derecho del paciente se está vulnerando en esta situación?

A. Intervención protegida

B. Interconsulta médica

C. Secreto profesional

D. Confidencialidad

✓ CORRECTA

53. Según Esther Díaz, ¿cómo usa el lenguaje la metodología científica?

A. Como la expresión de contenidos ocultos e inconscientes que subyacen a cada postulado científico

B. Como un conjunto de figuras retóricas que hacen referencia a objetos y a relaciones

✓ CORRECTA

C. Como un tipo de terminología utilizada para la formulación de los enunciados científicos

D. Como un reflejo de los marcos teóricos que organizan y orientan la producción de conocimiento.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

54. Según Tajer, ¿cómo propone incluir la perspectiva de género para trabajar los problemas de salud de los varones?

A. Llevando adelante proyectos que les permita a los varones reflexionar sobre los daños en la salud de las mujeres ocasionados por sus conductas y acciones.

B. Formando a profesionales del equipo de salud para que puedan identificar potenciales problemas de salud de la población masculina a la que atiende y abordarlos.

C. Convocando a la población masculina que se atiende para el dictado de una capacitación sobre su salud.

D. Diseñando una línea que visibilice las conductas ligadas a la masculinidad hegemónica.

✓ CORRECTA

55. Según López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Ávila, ¿cómo se realiza habitualmente la evaluación de los programas para aplicar acciones y recursos necesarios para atender problemas prioritarios de salud?

A. Comparando la frecuencia de enfermedad en el grupo intervenido con la de un grupo testigo, aplicando una epidemiología experimental.

✓ CORRECTA

B. Midiendo los niveles de alcance que estos programas poseen en relación con distintos contextos sociales.

C. Analizando la correlación entre las distintas variables demográficas y realizando una descripción evaluativa de la puesta en marcha de los programas.

D. Observando los resultados obtenidos en relación a los objetivos propuestos durante su proceso de elaboración.

56. Verón y Sigal en González Gartland, G. (2019) analiza la teoría de los discursos sociales para problematizar los efectos de sentido en la recepción de los discursos. Desde esta teoría, ¿qué implica el principio de indeterminación relativa del sentido?

A. Los efectos del sentido son determinados por el emisor

B. Los efectos del sentido se basan en habilidades técnicas y expresivas

C. El sentido no opera según una causalidad lineal

✓ CORRECTA

D. El sentido opera de manera reticular

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

57. Según el texto de Artaza Barrios, ¿cuál sería la prueba de que la Argentina superó la segmentación y fragmentación de su sistema de salud?

A. La existencia de un sistema único de salud para toda la población

B. Que todos los habitantes tengan iguales condiciones de acceso en términos de oportunidad y calidad
✓ CORRECTA

C. El desarrollo de una gobernanza compartida respecto a fondos, marcos regulatorios sistema de información

D. Que los habitantes puedan elegir libremente en qué subsistema de salud atenderse

58. Un organismo administrativo de protección de derechos solicita al equipo de salud la historia clínica completa de un niño bajo sospecha de vulneración de derechos. El equipo se niega invocando el "secreto profesional". Según la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, ¿cómo debe resolverse este conflicto?

A. Solicitar la autorización de los padres para la entrega de la información al organismo administrativo.

B. Mantener el secreto profesional de forma absoluta hasta que un juez ordene formalmente el levantamiento de la confidencialidad.

C. Entregar un resumen genérico que no contenga datos filiatorios para proteger la identidad del grupo familiar.

D. Comunicar y colaborar con el sistema de protección integral.
✓ CORRECTA

59. Según el texto de Alarcón et al "Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales", ¿para qué son fundamentales las estrategias de comunicación intercultural?

A. Reducir los costos en recursos humanos y el tiempo en la asistencia

B. Unificar lenguajes y modalidades en el proceso de atención

C. Conocer las percepciones y puntos de encuentro entre medicinas

D. Disminuir barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios
✓ CORRECTA

60. ¿Cuál es el valor de corte del FFR (Reserva de Flujo Fraccional) para indicar revascularización en una lesión coronaria intermedia en ausencia de isquemia demostrada por otros métodos?

A. < 0.70

B. < 0.75

C. < 0.80
✓ CORRECTA

D. < 0.85

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

61. Respecto al uso de Prasugrel vs. Ticagrelor en el SCA, el estudio ISAR-REACT 5 (citado en guías ESC), ¿qué se concluyó?

A. Ticagrelor es superior en la reducción de eventos isquémicos.

B. Prasugrel es superior en la reducción de eventos isquémicos sin aumento significativo del sangrado.

✓ CORRECTA

C. No hubo diferencias significativas entre ambos.

D. Prasugrel solo es superior en pacientes diabéticos.

62. En un paciente con IAMCEST y shock cardiogénico, ¿cuál es la recomendación actual sobre la revascularización de lesiones no culpables en el procedimiento índice?

A. Revascularización completa inmediata de todas las lesiones >70%.

B. Solo tratar la arteria culpable en el procedimiento índice (basado en el estudio CULPRIT-SHOCK).

✓ CORRECTA

C. Cirugía de urgencia de todos los vasos.

D. Solo tratar lesiones no culpables si el FFR es <0.75.

63. ¿Cuál es el fármaco de elección para el tratamiento del vasoespasmo coronario (Angina de Prinzmetal)?

A. Betabloqueantes.

B. Bloqueantes de los canales de calcio.

✓ CORRECTA

C. Trimetazidina.

D. Ivabradina.

64. En pacientes que requieren anticoagulación oral crónica (ej. FA) y se someten a una ATC, ¿cuál es la estrategia antitrombótica "por defecto" al alta según las guías actuales?

A. Doble terapia (Clopidogrel + ACO) tras una semana de triple terapia inicial.

✓ CORRECTA

B. Triple terapia (Aspirina + Clopidogrel + ACO) por 6 meses.

C. Triple terapia por 12 meses.

D. Solo ACO en monoterapia.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

65. ¿Qué técnica de imagen intravascular se prefiere para optimizar el implante de un stent en una lesión compleja de Tronco de Coronaria Izquierda?

A. Angiotomografía coronaria.

B. Resonancia magnética cardíaca.

C. Reserva de Flujo Fraccional FFR.

D. Ultrasonido Intravascular (IVUS).

✓ CORRECTA

66. En el manejo del MINOCA (Infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas), ¿cuál es el estudio de elección para diferenciar causas como miocarditis o MINOCA "verdadero"?

A. Tomografía computada cardíaca.

B. Resonancia Magnética Cardíaca.

✓ CORRECTA

C. Ecocardiograma stress.

D. GATED SPECT.

67. Un paciente de 65 años ingresa por SCASEST. El ecocardiograma muestra hipocinesia regional, pero la cinecoronariografía revela arterias coronarias sin lesiones obstructivas significativas (<50%). ¿Cuál es el paso diagnóstico más apropiado según las guías actuales para definir el manejo?

A. Alta con tratamiento para angina microvascular.

B. Realizar Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) para diferenciar entre MINOCA, miocarditis o Takotsubo.

✓ CORRECTA

C. Eco stress en 48 horas.

D. Iniciar anticoagulación plena por sospecha de trombo evanescente.

68. En el manejo del IAM con elevación del ST (IAMCEST), ¿cuál es el tiempo máximo aceptable desde el diagnóstico (ECG) hasta el cruce de la guía coronaria en la arteria culpable para preferir la ATC primaria sobre la fibrinólisis?

A. 60 minutos.

B. 90 minutos.

C. 120 minutos.

✓ CORRECTA

D. 150 minutos.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

69. En pacientes con enfermedad panvascular, ¿cuál es el objetivo de cLDL recomendado y la magnitud de reducción mínima respecto al valor basal según las guías 2024?

A. a) < 70 mg/dL y reducción $\geq$ 30%

B. < 55 mg/dL y reducción $\geq$ 50%

✓ CORRECTA

C. < 40 mg/dL y reducción $\geq$ 50%

D. < 55 mg/dL sin requerir un porcentaje de reducción específico

70. Para un paciente con Válvula Aórtica Bicúspide (VAB) y un diámetro de raíz aórtica de 42 mm, ¿cuál es la recomendación de seguimiento si no hay indicación quirúrgica inmediata?

A. Ecografía transtorácica (ETT) anual de por vida

B. ETT al año y luego cada 2-3 años si hay estabilidad

✓ CORRECTA

C. Tomografía Computarizada (TCCV) semestral

D. No requiere seguimiento hasta que el diámetro alcance los 50 mm

71. En el tratamiento antitrombótico de la enfermedad arterial periférica sintomática con riesgo isquémico alto y bajo riesgo hemorrágico, ¿qué combinación se debe considerar (Clase IIa)?

A. Aspirina 100 mg y Clopidogrel 75 mg

B. Rivaroxabán 2,5 mg/12h y Aspirina 100 mg/día

✓ CORRECTA

C. Rivaroxabán 20 mg/día y Aspirina 100 mg/día

D. Warfarina (INR 2-3) y Aspirina 100 mg

72. En un paciente con válvula aórtica bicúspide y bajo riesgo quirúrgico, ¿cuál es el umbral de diámetro aórtico para considerar la cirugía (IIa) si presenta una tasa de crecimiento > 3 mm/año o historia familiar de disección?

A. 45 mm

B. 50 mm

✓ CORRECTA

C. 55 mm

D. 60 mm

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

73. Respecto al entrenamiento físico en enfermedad arterial periférica sintomática, ¿qué recomendación tiene el Ejercicio Físico Supervisado?

A. Clase IIa - Se debe considerar solo tras el fallo del tratamiento médico

B. Clase I - Se recomienda como tratamiento de primera línea
✓ CORRECTA

C. Clase IIb - Se puede considerar si el paciente lo solicita

D. Clase III - No se recomienda por riesgo de isquemia aguda

74. ¿Cuál es la prueba de imagen de primera línea recomendada para el diagnóstico de los Síndromes Aórticos Agudos (SAA) en pacientes estables?

A. Ecocardiografía Transesofágica (ETE)

B. Resonancia Magnética Cardiovascular (RMC)

C. Tomografía computada desde el cuello hasta la pelvis
✓ CORRECTA

D. Aortografía por sustracción digital

75. En el contexto de estenosis carotídea sintomática (70-99%), ¿en qué ventana de tiempo se recomienda realizar la revascularización para maximizar el beneficio?

A. En las primeras 48 horas

B. En los primeros 14 días
✓ CORRECTA

C. Después de 30 días para estabilizar la placa

D. Solo después de 3 meses de tratamiento médico óptimo

76. Tras un evento embólico relacionado con placas aórticas ateromatosas, ¿cuál es la recomendación sobre el uso de anticoagulación oral?

A. Se recomienda para prevenir nuevos eventos (Clase I)

B. No se recomienda porque aumenta el riesgo de sangrado sin beneficio (Clase III)
✓ CORRECTA

C. Se debe considerar solo si la placa mide > 4 mm

D. Es obligatoria si hay trombo móvil asociado

77. En pacientes con Coartación de la Aorta (CoAo) nativa o reparada, ¿con qué frecuencia se recomienda el seguimiento con pruebas de imagen (AngioTC /RMC)?

A. Cada 6-12 meses

B. Cada 3-5 años de forma indefinida
✓ CORRECTA

C. Solo si el paciente desarrolla hipertensión

D. Una sola vez tras la reparación para confirmar éxito

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

78. ¿Cuál es el manejo recomendado para un Hematoma Intramural (HIM) tipo A agudo?

A. Tratamiento médico exclusivo y seguimiento

B. Cirugía urgente de reemplazo de aorta ascendente (Correcta)

✓ CORRECTA

C. Tratamiento endovascular (TEVAR)

D. Esperar 48 horas para ver evolución clínica

79. En la evaluación de un Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) tras una reparación endovascular (EVAR) exitosa, ¿cuándo se debe realizar la primera prueba de imagen?

A. A los 6 meses

B. A los 30 días

✓ CORRECTA

C. A las 24 horas

D. Al año

80. De acuerdo con las recomendaciones de seguimiento tras EVAR para un aneurisma de aorta abdominal (AAA), ¿cuál es la conducta indicada en un paciente que presenta una endofuga tipo II aislada en el control de los 12 meses, sin evidencia de crecimiento del saco aneurismático?

A. Realizar una reintervención inmediata mediante embolización de las arterias colaterales.

B. Continuar con seguimiento mediante ecografía Doppler anual y considerar TCCV o RMC cada 5 años

✓ CORRECTA

C. Proceder a la conversión inmediata a cirugía abierta para prevenir la rotura.

D. Administrar tratamiento anticoagulante intensivo para favorecer el sellado espontáneo.

81. En el seguimiento post-TEVAR por un síndrome aórtico agudo (SAA), se detecta una endofuga tipo I (proximal o distal). Según la Guía ESC 2024, ¿cuál es el manejo más apropiado para este hallazgo?

A. Vigilancia clínica a los 6 y 12 meses, ya que suelen sellarse espontáneamente.

B. Tratamiento médico exclusivo con control estricto de la frecuencia cardíaca y presión arterial.

C. Reparación/reintervención de la endofuga de forma prioritaria

✓ CORRECTA

D. Sustitución inmediata por una prótesis mecánica de Bentall.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

82. Respecto a la revascularización en pacientes con claudicación intermitente y disminución de la calidad de vida, ¿cuál es la estrategia inicial recomendada antes de considerar la intervención?

A. Revascularización inmediata si la estenosis es > 70% por ecografía.

B. Periodo de 3 meses de Tratamiento Médico Óptimo (TMO) y entrenamiento físico.

✓ CORRECTA

C. Angioplastia inmediata de lesiones aortoiliacas sin esperar a ejercicio físico.

D. Evaluación quirúrgica a los 30 días si no hay mejoría con estatinas.

83. En un paciente con sospecha de TEP e inestabilidad hemodinámica, ¿cuál es el primer paso diagnóstico recomendado si la angiotomografía computarizada no está disponible de inmediato?

A. Ecocardiografía transtorácica a pie de cama

✓ CORRECTA

B. Medición de Dímero D mediante técnica de alta sensibilidad

C. Gammagrafía de ventilación/perfusión (V/Q)

D. Inicio de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y esperar ATCP

84. En el algoritmo diagnóstico del TEP en pacientes con estabilidad hemodinámica, ¿cuál es la recomendación según la guía ESC 2019 sobre el uso de puntos de corte de Dímero D para optimizar la especificidad?

A. Debe utilizarse exclusivamente un punto de corte fijo de 500 ng/ml para evitar falsos negativos en poblaciones de riesgo.

B. Se recomienda el uso de puntos de corte ajustados por edad (edad x 10 en > 50 años) o ajustados por probabilidad clínica (estrategia YEARS).

✓ CORRECTA

C. El ajuste por edad solo es válido si el paciente presenta una probabilidad clínica alta según la escala de Wells.

D. El Dímero D debe ajustarse únicamente en pacientes con cáncer activo, utilizando un umbral fijo de 1000 ng/ml.

85. ¿Cómo se define el TEP Riesgo Intermedio-Alto en la estratificación pronóstica de la ESC 2019?

A. Paciente estable con PESI simplificado ≥ 1 , pero sin signos de disfunción del VD en imagen.

B. Paciente estable con PESI simplificado ≥ 1 , disfunción del VD en eco/TC y elevación de troponinas cardíacas.

(Correcta)

✓ CORRECTA

C. Cualquier paciente con inestabilidad hemodinámica y troponinas negativas.

D. Paciente con sPESI de 0 pero con Dímero D extremadamente elevado (> 5000 $\mu\text{g/L}$).

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

86. En el tratamiento de reperfusión del TEP de alto riesgo, ¿cuál es el régimen de trombólisis sistémica con Alteplasa (rtPA) recomendado de primera línea?

A. 50 mg administrados en bolo único en 2 minutos.

B. 100 mg administrados en 2 horas.

✓ CORRECTA

C. 0.6 mg/kg administrados durante 24 horas.

D. 10 mg en bolo seguido de 90 mg en 6 horas.

87. En una mujer embarazada con sospecha de TEP y radiografía de tórax normal, ¿cuál es el paso diagnóstico inicial recomendado tras la evaluación clínica?

A. Realizar una angiotomografía con protocolo para TEP.

B. Ecografía de compresión venosa de los miembros inferiores

✓ CORRECTA

C. Determinación de Dímero D ajustado al trimestre del embarazo.

D. Gammagrafía de ventilación/perfusión (V/Q).

88. En pacientes con cáncer y TEP, ¿cuál es la recomendación según las guías ESC 2019 respecto al uso de Edoxabán o Rivaroxabán en comparación con la Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM)?

A. La HBPM sigue siendo la única opción recomendada (Clase I).

B. Edoxabán o Rivaroxabán deben considerarse como alternativa a la HBPM, excepto en tumores gastrointestinales.

✓ CORRECTA

C. Los DOAC están contraindicados en pacientes con cáncer activo.

D. Se recomienda el uso de Warfarina por encima de cualquier otra opción debido al coste.

89. ¿Cuál es la indicación de Clase I para la inserción de un filtro de vena cava inferior según las guías 2019?

A. TEP recurrente a pesar de una anticoagulación terapéutica adecuada.

B. Pacientes con TEP agudo y contraindicación absoluta para la anticoagulación.

✓ CORRECTA

C. Prevención primaria en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor.

D. Pacientes con TEP de riesgo alto que van a recibir trombólisis sistémica.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

90. En el seguimiento post-TEP, ¿cuándo se recomienda realizar una evaluación para detectar Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC)?

A. A todos los pacientes al momento del alta hospitalaria.

B. A los 3-6 meses post-TEP en pacientes con disnea persistente o limitación funcional.

✓ CORRECTA

C. Solo en pacientes que tuvieron un TEP de alto riesgo inicialmente.

D. De forma anual durante 5 años tras el evento agudo.

91. En paciente con un primer episodio de TEP idiopático, tras completar 3 meses de anticoagulación. ¿Cuál es la recomendación si el riesgo hemorrágico es bajo?

A. Suspender la anticoagulación definitivamente.

B. Continuar con anticoagulación oral de forma indefinida

✓ CORRECTA

C. Cambiar a Aspirina 100 mg/día como prevención secundaria.

D. Reducir la dosis de anticoagulante a la mitad durante los siguientes 3 meses y luego suspender.

92. ¿Cuál es el manejo inicial preferido para un paciente con TEP de riesgo intermedio-alto que presenta deterioro hemodinámico mientras recibe anticoagulación?

A. Añadir un segundo anticoagulante de diferente mecanismo de acción.

B. Terapia de reperfusión de rescate

✓ CORRECTA

C. Realizar una nueva angioTC para confirmar progresión del trombo.

D. Iniciar soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como única medida.

93. Según la definición hemodinámica de la Guía 2022, ¿qué criterios definen la Hipertensión Pulmonar precapilar aislada?

A. PAPM > 25 mmHg, PW ≤ 15 mmHg y PVR > 3 UW.

B. PAPM > 20 mmHg, PW > 15 mmHg y PVR ≤ 2 UW.

C. PAPM > 20 mmHg, PW ≤ 15 mmHg y PVR > 2 UW.

✓ CORRECTA

D. PAPM ≥ 25 mmHg, PW ≤ 12 mmHg y PVR > 3 UW.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

94. En el algoritmo diagnóstico, ¿cuál es la recomendación (Clase I) ante un paciente con sospecha de Hipertensión pulmonar Grupo 4 tras un episodio de TEP hace 3 meses?

A. Realizar directamente una Angio-TC de alta resolución.

B. Realizar una gammagrafía de ventilación/perfusión (V/Q).

✓ CORRECTA

C. Iniciar tratamiento con Riociguat antes de realizar el cateterismo.

D. Realizar una Resonancia Magnética cardíaca para evaluar el ventrículo derecho.

95. Para la estratificación de riesgo en el seguimiento de pacientes con HAP en tratamiento, ¿cuál es el modelo recomendado para guiar la intensificación terapéutica?

A. Modelo de 3 estratos (Bajo, Intermedio, Alto).

B. Únicamente basado en la determinación de niveles de NT-proBNP.

C. Modelo de 4 estratos (Bajo, Intermedio-Bajo, Intermedio-Alto, Alto).

✓ CORRECTA

D. En base a la respuesta al test de vasorreactividad cada 6 meses.

96. ¿Qué combinación de fármacos tiene una recomendación Clase I para el inicio del tratamiento en pacientes con HAP idiopática de riesgo bajo o intermedio?

A. Monoterapia con un inhibidor de la PDE5.

B. Antagonista de los receptores de endotelina (ERA) y prostenoides inhalados.

C. Antagonista de los receptores de endotelina (ERA) e inhibidor de la PDE5

✓ CORRECTA

D. Calcioantagonistas a dosis altas y diuréticos de asa.

97. En el test de vasorreactividad aguda durante el cateterismo cardíaco derecho, ¿cómo se define actualmente una respuesta positiva?

A. a) Reducción de la PAPm ≥ 10 mmHg para alcanzar un valor absoluto ≤ 40 mmHg con aumento del gasto cardíaco.

B. b) Reducción de la PAPm ≥ 10 mmHg para alcanzar un valor absoluto ≤ 40 mmHg con gasto cardíaco estable o aumentado.

✓ CORRECTA

C. c) Descenso de las resistencias vasculares pulmonares (PVR) $> 50\%$ respecto al basal.

D. d) Caída de la presión sistólica pulmonar por debajo de 35 mmHg sin cambios en la frecuencia cardíaca.

EXAMEN RESIDENCIA ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA

98. ¿Cuál es el manejo recomendado para pacientes con HP del Grupo 3 que presentan HP "grave" (PVR > 5 WU)?

A. Inicio inmediato de terapia triple con prostenoides parenterales.

B. Trasplante pulmonar como primera medida diagnóstica.

C. Tratamiento de la enfermedad pulmonar subyacente y considerar inclusión en ensayos clínicos o centros expertos
✓ CORRECTA

D. Uso sistemático de Sildenafil para mejorar la capacidad de ejercicio.

99. Respecto a la estrategia de tratamiento en HPTEC, ¿cómo trataría a un paciente con compromiso fibrótico de vasos segmentarios y subsegmentarios?.

A. Endarterectomía quirúrgica.

B. Angioplastia con colocación de stent.

C. Angioplastia con balón.
✓ CORRECTA

D. Tratamiento médico.

100. ¿Qué cambio fundamental introdujeron las ultimas guías de tratamiento respecto al uso de oxígeno suplementario en pacientes con SCA?

A. Solo administrar si la saturación de oxígeno es <90%.
✓ CORRECTA

B. Administrar a todos los pacientes para prevenir la hipoxia miocárdica.

C. Solo administrar si la saturación de oxígeno es <95%.

D. Administrar solo en pacientes con IAM de cara anterior.