



Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Preguntas MIR 2016. Cardiología

Carlos Cortés Villar





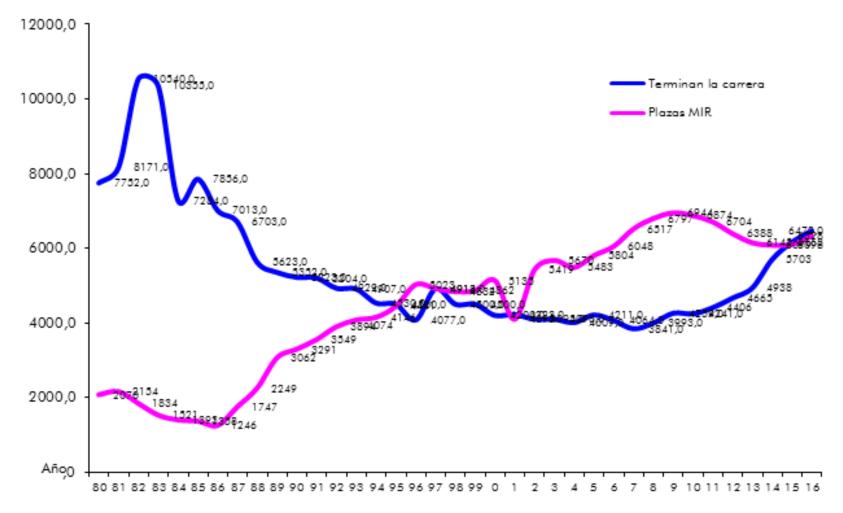


% Válidas	Preguntas fáciles	Preguntas normales	Preguntas difíciles
MIR MEDIO	50%	33%	17%
MIR 16	60%	30%	10%
MIR 15	57%	30%	13%
MIR 14	57%	26%	17%
MIR 13	54%	29%	17%
MIR 12	59%	27%	14%
MIR 11	51%	33%	16%
MIR 10	47%	30%	23%
MIR 09	43%	40%	16%
MIR 08	46%	37%	17%
MIR 07	48%	33%	19%
MIR 06	40%	43%	17%
MIR 05	40%	37%	23%











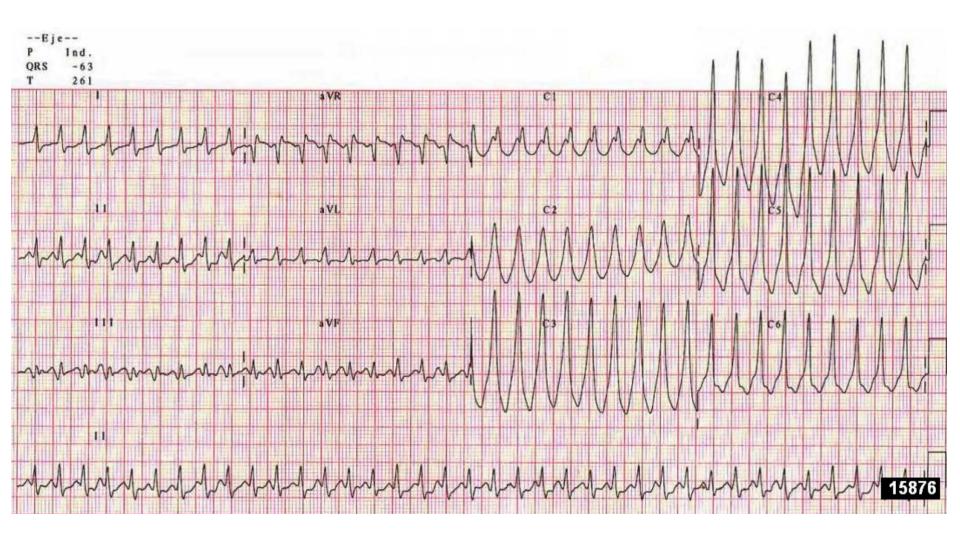


Pregunta 10710: (6) Pregunta vinculada a la imagen nº 6. Ante el siguiente ECG y sabiendo que corresponde a un paciente de 78 años con antecedentes de infarto anterior extenso y disfunción ventricular moderada residual, ¿cuál sería su primera sospecha diagnóstica?

- 1. Taquicardia auricular.
- 2. Taquicardia supraventricular por reentrada intranodal.
- 3. Taquicardia ventricular.
- 4. Flutter auricular atípico.











Pregunta 10710: (6) Pregunta vinculada a la imagen nº 6. Ante el siguiente ECG y sabiendo que corresponde a un paciente de 78 años con antecedentes de infarto anterior extenso y disfunción ventricular moderada residual, ¿cuál sería su primera sospecha diagnóstica?

- 1. Taquicardia auricular.
- 2. Taquicardia supraventricular por reentrada intranodal.
- 3. Taquicardia ventricular.*
- 4. Flutter auricular atípico.





ECG 12 derivaciones Ausencia de complejos RS en todas las precordiales NO Intervalo RS mayor 100 ms SI en alguna precordial NO Disociación AV

NO

Morfología del QRS en V1-V2 y V6 durante la taquicardia

- Imagen de BRD: complejos R monofásicos, QR o RS en V1; R/S menor 1, QS, QR o R monofásico en V6
- Imagen de BRI: Duración de la onda R mayor 30 ms,
 R/S mayor 60 ms u onda S mellada en V1 o V2
 y complejos QR o QS en V6

NO

A

TSV con conducción aberrante SI



Taquicardia Ventricular



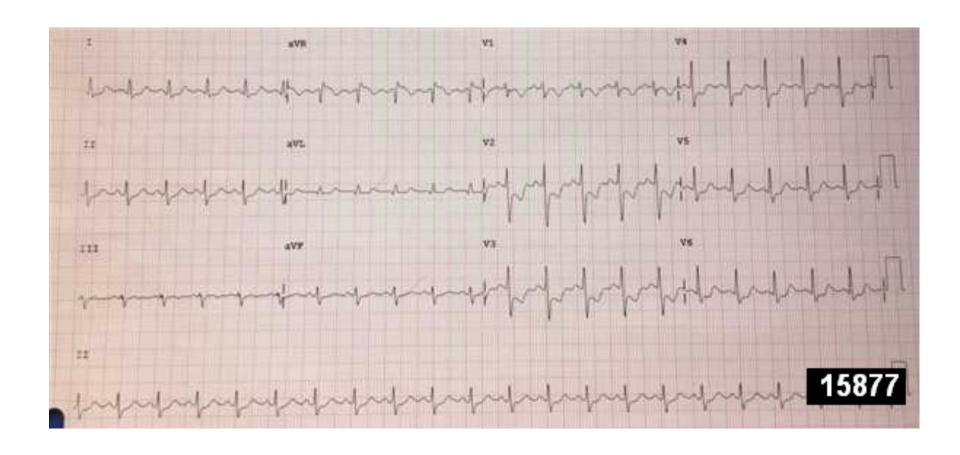


Pregunta 10711: (7) Pregunta vinculada a la imagen nº 7. Mujer de 39 años de edad, gestante de 34 semanas con parto en curso que tras colocación de catéter epidural para analgesia refiere mareo, se toma presión arterial 104/57 mmHg y frecuencia cardíaca 45 lpm por lo que se administra 9 mg de efedrina i.v. tras lo cual, comienza a notar palpitaciones y opresión en la base del cuello. Se realiza ECG que se muestra (ver imagen), ¿cuál de los siguientes procesos fisiopatológicos ha podido contribuir al desarrollo del cuadro que presenta esta paciente?

- 1.Rotura de una placa con trombo no oclusivo superpuesto.
- 2. Espasmo de una arteria coronaria epicárdica.
- 3. Isquemia miocárdica relacionada con aumento de la demanda miocárdica de oxígeno.
- 4. Disfunción del endotelio coronario.











Pobr

Pregunta 10711: (7) Pregunta vinculada a la imagen nº 7. Mujer de 39 años de edad, gestante de 34 semanas con parto en curso que tras colocación de catéter epidural para analgesia refiere mareo, se toma presión arterial 104/57 mmHg y frecuencia cardíaca 45 lpm por lo que se administra 9 mg de efedrina i.v. tras lo cual, comienza a notar palpitaciones y opresión en la base del cuello. Se realiza ECG que se muestra (ver imagen), ¿cuál de los siguientes procesos fisiopatológicos ha podido contribuir al desarrollo del cuadro que presenta esta paciente?

- 1. Rotura de una placa con trombo no oclusivo superpuesto.
- 2. Espasmo de una arteria coronaria epicárdica.
- 3.<u>Isquemia miocárdica relacionada con aumento de la demanda miocárdica de oxígeno.*</u>
- 4. Disfunción del endotelio coronario.





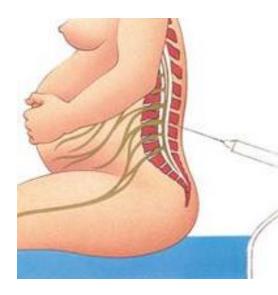


TECHNIQUE

Preparation for spinal anesthesia — For spinal anesthesia, the standard and emergency anesthesia equipment and medications should be prepared as they would be for general anesthesia. (See "General anesthesia: Induction", section on 'Preparation for anesthetic induction'.)

Most commonly, a disposable spinal kit is used, which contains needles, drugs, labels, and other required equipment. The kit is usually placed on a cart or table on the side of the clinician's dominant hand.

We prepare a <u>phenylephrine</u> infusion and a syringe of <u>ephedrine</u> (5 mg/mL) preoperatively; a high percentage of patients require administration of a vasoconstrictor during spinal anesthesia. Anticholinergic medication (ie, atropine and glycopyrrolate) should be immediately available.



Adverse Reactions Frequency not defined.

Cardiovascular: Angina pectoris, bradycardia, cardiac arrhythmia, hypertension, palpitations, pulse irregularity, tachycardia, ventricular ectopy, visceral vasoconstriction (renal)

Central nervous system: Anxiety, confusion, delirium, dizziness, hallucination, headache, insomnia, intracranial hemorrhage, nervousness, precordial pain, restlessness, tension, vertigo

Dermatologic: Diaphoresis, pallor

Gastrointestinal: Anorexia, nausea, vomiting

Genitourinary: Dysuria, oliguria, urinary retention (males with prostatism)

Neuromuscular & skeletal: Tremor, vesicle sphincter spasm, weakness

Respiratory: Dyspnea

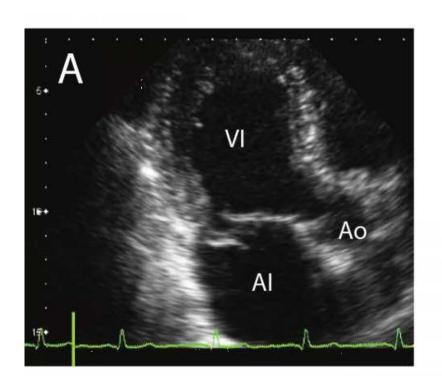
Miscellaneous: Tachyphylaxis

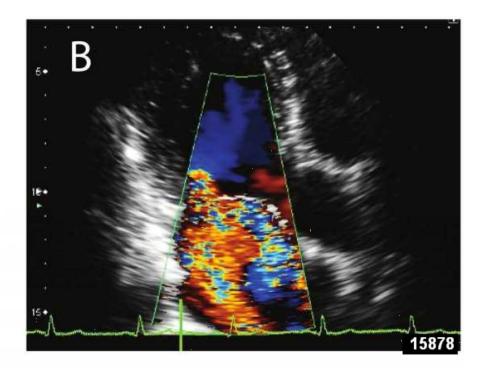




Pregunta 10712: (8) Pregunta vinculada a la imagen nº 8. Mujer de 42 años de edad que acude a urgencias por haber presentado por la noche un episodio de falta de aire que le obliga a incorporarse y que cede después progresivamente. Además, refiere empeoramiento progresivo de su capacidad funcional en las últimas dos semanas, con dificultad para subir un piso de escaleras por "ahogo". Hace ocho días acudió a su centro de salud por episodio de palpitaciones de inicio y final súbito. Usted dispone de un equipo portátil de ecocardiografía en urgencias y realiza una exploración en la que se encuentra con los hallazgos que se muestran en la imagen (imágenes de ecocardiografía transtorácica obtenidas en telesístole, en vista apical 3 cámaras. Panel A: imagen de escala de grises (modo B). Panel B: imagen Doppler-color de la misma vista que el Panel A. VI: ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda; Ao: Aorta.). La opción terapéutica que resolvería el problema de esta paciente es:

- 1.El implante de una prótesis transcatéter en posición aórtica.
- 2.Una valvuloplastia percutánea con balón de la válvula aórtica.
- 3. Una cirugía sobre la válvula mitral, a ser posible reparadora.
- 4.Con tratamiento médico sería suficiente y no precisa ninguna intervención en ninguna válvula.









Pregunta 10712: (8) Pregunta vinculada a la imagen nº 8. Mujer de 42 años de edad que acude a urgencias por haber presentado por la noche un episodio de falta de aire que le obliga a incorporarse y que cede después progresivamente. Además, refiere empeoramiento progresivo de su capacidad funcional en las últimas dos semanas, con dificultad para subir un piso de escaleras por "ahogo". Hace ocho días acudió a su centro de salud por episodio de palpitaciones de inicio y final súbito. Usted dispone de un equipo portátil de ecocardiografía en urgencias y realiza una exploración en la que se encuentra con los hallazgos que se muestran en la imagen (imágenes de ecocardiografía transtorácica obtenidas en telesístole, en vista apical 3 cámaras. Panel A: imagen de escala de grises (modo B). Panel B: imagen Doppler-color de la misma vista que el Panel A. VI: ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda; Ao: Aorta.). La opción terapéutica que resolvería el problema de esta paciente es:

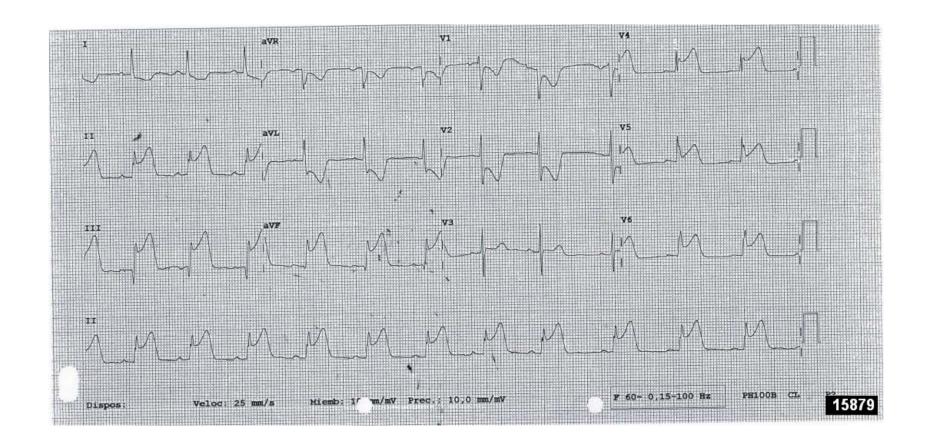
- 1.El implante de una prótesis transcatéter en posición aórtica.
- 2.Una valvuloplastia percutánea con balón de la válvula aórtica.
- 3. Una cirugía sobre la válvula mitral, a ser posible reparadora*.
- 4.Con tratamiento médico sería suficiente y no precisa ninguna intervención en ninguna válvula.

Pregunta 10713: (9) Pregunta vinculada a la imagen nº 9. Hombre de 50 años de edad, diabético y con sobrepeso. Acude a Urgencias por dolor retroesternal y en la mandíbula, de 3 horas de duración, mientras dormía. Al llegar a Urgencias tenía este electrocardiograma. ¿Cuál es el diagnóstico?

- 1.Infarto anteroseptal agudo.
- 2. Pericarditis aguda.
- 3.Infarto inferior.
- 4.Infarto inferolateral agudo.









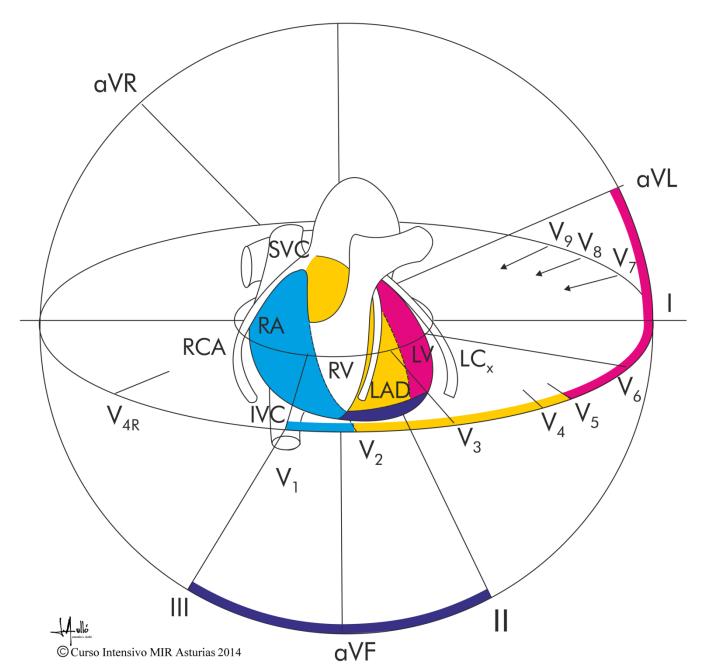


Pregunta 10713: (9) Pregunta vinculada a la imagen nº 9. Hombre de 50 años de edad, diabético y con sobrepeso. Acude a Urgencias por dolor retroesternal y en la mandíbula, de 3 horas de duración, mientras dormía. Al llegar a Urgencias tenía este electrocardiograma. ¿Cuál es el diagnóstico?

- 1.Infarto anteroseptal agudo.
- 2. Pericarditis aguda.
- 3.Infarto inferior.
- 4. Infarto inferolateral agudo.*









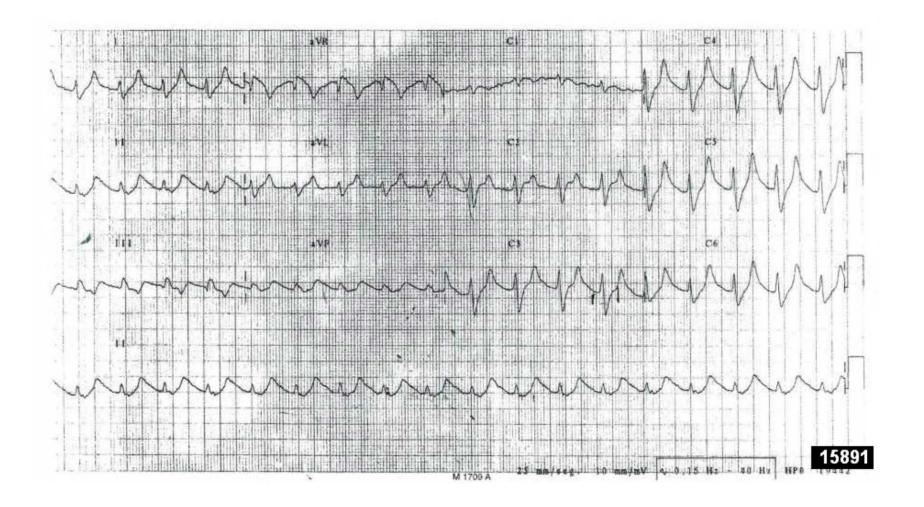


Pregunta 10725: (21) Pregunta vinculada a la imagen nº 21. Hombre de 65 años de edad con insuficiencia renal crónica e hipertenso en tratamiento con enalapril. Acude a Urgencias por malestar general y náuseas sin dolor torácico. Al llegar al Hospital se le realizó un ECG que se muestra a continuación. ¿Qué prueba solicitaría para confirmar el diagnóstico de sospecha?

- 1. Coronariografia urgente.
- 2. Análisis de sangre con ionograma.
- 3.TC coronaria.
- 4. Ecocardiograma transtorácico.











Pregunta 10725: (21) Pregunta vinculada a la imagen nº 21. Hombre de 65 años de edad con insuficiencia renal crónica e hipertenso en tratamiento con enalapril. Acude a Urgencias por malestar general y náuseas sin dolor torácico. Al llegar al Hospital se le realizó un ECG que se muestra a continuación. ¿Qué prueba solicitaría para confirmar el diagnóstico de sospecha?

- 1. Coronariografia urgente.
- 2. Análisis de sangre con ionograma.*
- 3.TC coronaria.
- 4. Ecocardiograma transtorácico.

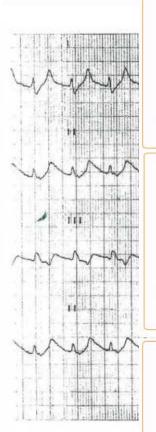




Hiperpotasemia Leve: Potasio sérico entre 5.5 mEq/L y 6.5 mEq/L.

Hiperpotasemia Moderada: Potasio sérico entre 6.5 mEq/L y 8.0 mEq/L

Hiperpotasemia Severa: Potasio sérico >8.0 mEq/L





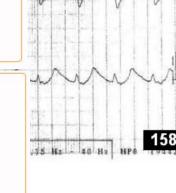
Hiperpotasemia Leve: Ondas T picudas, simétricas y estrechas.



Hiperpotasemia Moderada: Aplanamiento de la onda P, prolongación del Intervalo PR, QRS ancho y T picudas.



Hiperpotasemia Severa: Ausencia de onda P, QRS ancho con morfología sinusoidal.







Pregunta 10762: (58) Un hombre de 35 años es valorado por haber sufrido un sincope. En el electrocardiograma se observan ondas Q profundas y a la auscultación destaca la presencia de un soplo sistólico en borde esternal izquierdo bajo. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?

- 1. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
- 2. Estenosis mitral.
- 3.Insuficiencia aórtica.
- 4. Comunicación interauricular.





Pregunta 10762: (58) Un hombre de 35 años es valorado por haber sufrido un sincope. En el electrocardiograma se observan ondas Q profundas y a la auscultación destaca la presencia de un soplo sistólico en borde esternal izquierdo bajo. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?

1. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.*

- 2. Estenosis mitral.
- 3.Insuficiencia aórtica.
- 4. Comunicación interauricular.

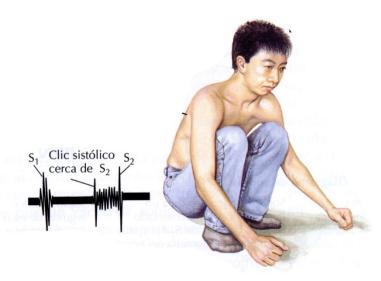




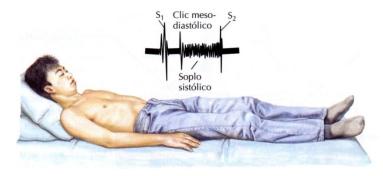
AUSCULTACIÓN DINÁMICA



- Maniobras que aumentan el volumen ventricular
 - SQUATTING (Aumento de postcarga)
 - Decúbito con o sin piernas elevadas



- Maniobras que disminuyen el volumen ventricular
 - Maniobra de Valsalva
 - Ortostatismo
 - Nitratos sublinguales
 - Ejercicio
 - Aumento de contractilidad



Las maniobras que aumentan el volumen ventricular disminuyen los soplos de miocardiopatía hipertrófica y prolapso mitral (MIR)

Pregunta 10763: (59) El injerto de derivación arterial (bypass coronario) que presenta una mayor permeabilidad a largo plazo (superior a 90% a los 10 años de la cirugía) y, por tanto, se emplea preferentemente para la cirugía de revascularización coronaria es:

- 1. Vena safena autóloga.
- 2. Vena cefálica autóloga.
- 3. Arteria torácica o mamaria interna.
- 4. Arteria radial.





Pregunta 10763: (59) El injerto de derivación arterial (bypass coronario) que presenta una mayor permeabilidad a largo plazo (superior a 90% a los 10 años de la cirugía) y, por tanto, se emplea preferentemente para la cirugía de revascularización coronaria es:

- 1. Vena safena autóloga.
- 2. Vena cefálica autóloga.
- 3. Arteria torácica o mamaria interna.*
- 4. Arteria radial.





Pregunta 10764: (60) En relación al tratamiento de la insuficiencia mitral grave, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- 1.La reparación de la válvula mitral mantiene la función del ventrículo izquierdo en un grado mayor que la sustitución valvular.
- 2.El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes asintomáticos cuando existe disfunción ventricular izquierda (fracción eyección ventrículo izquierdo < 60% y/o diámetro telesistólico ventricular izquierdo > 40 mm).
- 3.El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes sintomáticos, especialmente por encima de una fracción de eyección de ventrículo izquierdo de 30%.
- 4.La reparación valvular mitral tiene un riesgo quirúrgico superior a la cirugía de sustitución valvular mitral.

Pregunta 10764: (60) En relación al tratamiento de la insuficiencia mitral grave, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- 1.La reparación de la válvula mitral mantiene la función del ventrículo izquierdo en un grado mayor que la sustitución valvular.
- 2.El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes asintomáticos cuando existe disfunción ventricular izquierda (fracción eyección ventrículo izquierdo < 60% y/o diámetro telesistólico ventricular izquierdo > 40 mm).
- 3.El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes sintomáticos, especialmente por encima de una fracción de eyección de ventrículo izquierdo de 30%.
- 4. La reparación valvular mitral tiene un riesgo quirúrgico superior a la cirugía de sustitución valvular mitral.*



European Heart Journal (2012) **33**, 2451–2496 doi:10.1093/eurheartj/ehs109

	Class a	Level ^b	Ref ^c
Mitral valve repair should be the preferred technique when it is expected to be durable.	1	C	
Surgery is indicated in symptomatic patients with LVEF >30% and LVESD <55 mm.	1	В	127, 128
Surgery is indicated in asymptomatic patients with LV dysfunction (LVESD ≥45 mm and/or LVEF ≤60%).	1	С	

The probability of a durable valve repair is of crucial importance. Degenerative MR due to segmental valve prolapse can usually be repaired with a low risk of reoperation. The repairability of



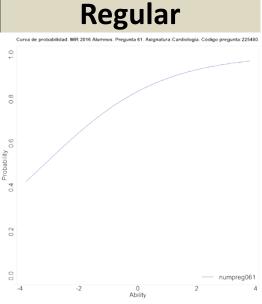


Pregunta 10765: (61) Entre los factores asociados a la aparición de shock cardiogénico en el infarto agudo de miocardio, NO se encuentra:

- 1. Extrasistolia ventricular monomorfa.
- 2. Antecedentes de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.
- 3.Edad avanzada.
- 4. Antecedentes de infarto de miocardio previo.







i: (61) Entre los fact sigénico en el infarto

parición o, NO se

llitus.

<u>rentricular monomo</u>

de hipertensión art

3.Edad avanzada.

4. Antecedentes de infarto de miocardio previo.

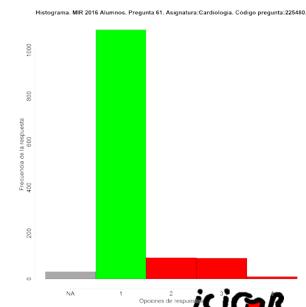




Table 2. Baseline Independent Predictors of Developing Cardiogenic Shock

Characteristic	Wald χ^2	df	p- Value	Hazard Ratio	95% CI
Age	285.14	1	< 0.001	1.47*	(1.40, 1.53)
Systolic BP	279.55	2	< 0.001		
Heart rate	225.28	3	< 0.001		
Killip class	161.35	2	< 0.001		
II vs. I				1.70	(1.52, 1.90)
III vs. I				2.95	(2.39, 3.63)
MI location	77.05	2	< 0.001		
Anterior vs. other				1.62	(1.21, 2.15)
Inferior vs. other				1.07	(0.80, 1.43)
U.S.	43.92	1	< 0.001	1.39	(1.26, 1.53)
Treatment	36.87	3	< 0.001		
SK-IV vs. tPA				1.39	(1.22, 1.59)
Combo vs. tPA				1.22	(1.07, 1.40)
SK-SQ vs. tPA				1.46	(1.28, 1.66)
Previous MI	25.61	1	< 0.001	1.34	(1.20, 1.50)
Previous CABG	15.38	1	< 0.001	1.46	(1.21, 1.76)
Weight	13.65	1	< 0.001	0.94*	(0.91, 0.97)
Female	12.69	1	< 0.001	1.22	(1.09, 1.35)
Hypertension	8.42	1	0.004	1.15	(1.05, 1.26)
Previous PTCA	7.31	1	0.007	0.70	(0.54, 0.91)
Diastolic BP	5.73	2	0.017	1.06*	(1.01, 1.11)

INTERVENTIONAL CARDIOLOGY AND SURGERY

Predictors of outcome after percutaneous treatment for cardiogenic shock

A G C Sutton, P Finn, J A Hall, A A Harcombe, R A Wright, M A de Belder

Heart 2005;91:339-344. doi: 10.1136/hrt.2003.021691

Table 4 In-hospital mortality: multivariate logistic regression analysis (n = 97)

Predictive factors	OR (95% CI)	p Value
Previous MI	5.21 (1.85 to 14.69)	<0.01
Age ≽70	4.02 (1.14 to 14.12)	0.03
Failed reperfusion	3.78 1.43 to 9.96)	0.01





Pregunta 10766: (62) Un hombre de 47 años sin antecedentes de interés, es diagnosticado de hipertensión arterial hace un año. Sigue tratamiento con amlodipino 10 mg (1-0-0) y losartan/hidroclorotiazida 100/25 mg (1-0-0), y realiza dieta hiposódica, con buena adherencia. A pesar de ello tiene cifras de PA 168/92 mmHg. ¿Cuál es el siguiente paso a realizar?

- 1. Añadir un cuarto fármaco.
- 2.Incrementar la dosis de alguno de los que está tomando.
- 3.Realizar una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).
- 4. Realizar un estudio para descartar hipertensión arterial secundaria.





Pregunta 10766: (62) Un hombre de 47 años sin antecedentes de interés, es diagnosticado de hipertensión arterial hace un año. Sigue tratamiento con amlodipino 10 mg (1-0-0) y losartan/hidroclorotiazida 100/25 mg (1-0-0), y realiza dieta hiposódica, con buena adherencia. A pesar de ello tiene cifras de PA 168/92 mmHg. ¿Cuál es el siguiente paso a realizar?

- 1. Añadir un cuarto fármaco.
- 2. Incrementar la dosis de alguno de los que está tomando.
- 3. Realizar una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).*
- 4. Realizar un estudio para descartar hipertensión arterial secundaria.





Artículo especial

Este artículo completo solo se encuentra disponible en versión electrónica: www.revespcardiol.org

Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial

Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)

ción pared/luz arteriolar o una reducción de la distensión de grandes arterias.

Una estrategia diagnóstica correcta para la HTA resistente requiere información detallada de la historia médica del paciente (incluidas las características del estilo de vida), un examen físico meticuloso y pruebas de laboratorio para detectar factores asociados de riesgo, daño orgánico y alteraciones del metabolismo de la glucosa, así como disfunción renal avanzada que pudiese contrarrestar (por la retención de sodio) el efecto antihipertensivo del tratamiento. Siempre se debe tener en consideración la posibilidad de una causa secundaria para la HTA: el aldosteronismo primario, que puede ser más frecuente de lo que se creía unos años atrás⁶⁰¹, y la estenosis arterial renal de naturaleza aterosclerótica, que es bastante común entre los ancianos. Por último, la PA ambulatoria debe registrarse regularmente, no solo para descartar una posible resistencia falsa, sino también para cuantificar de manera más efectiva la elevación de la PA y el efecto consecuente a las modificaciones del tratamiento^{508,602}.





Pregunta 10767: (63) Hombre de 76 años de edad diagnosticado de insuficiencia cardiaca, en fibrilación auricular crónica, con disfunción sistólica severa (fracción de eyección 33%). Sigue tratamiento con inhibidor de enzima convertidora de la angiotensina, betabloqueante y diurético tiazídico. Pese a ello se encuentra sintomático, en clase funcional II de la NYHA. ¿Cuál sería la actitud a seguir?

- 1. Añadiría espironolactona.
- 2. Suspendería tratamiento betabloqueante.
- 3. Añadiría al tratamiento amiodarona.
- 4. Añadiría al tratamiento verapamil.





Pregunta 10767: (63) Hombre de 76 años de edad diagnosticado de insuficiencia cardiaca, en fibrilación auricular crónica, con disfunción sistólica severa (fracción de eyección 33%). Sigue tratamiento con inhibidor de enzima convertidora de la angiotensina, betabloqueante y diurético tiazídico. Pese a ello se encuentra sintomático, en clase funcional II de la NYHA. ¿Cuál sería la actitud a seguir?

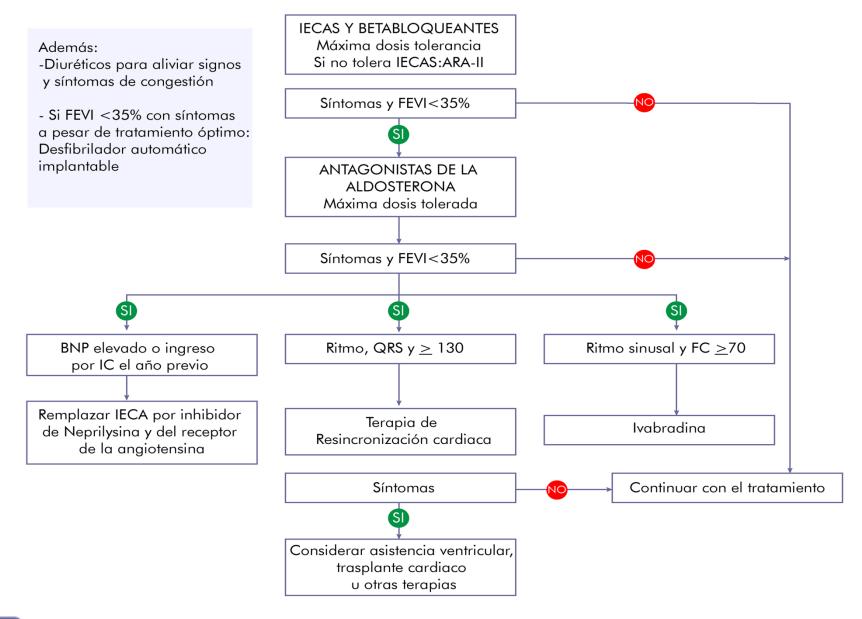
1. Añadiría espironolactona.*

- 2. Suspendería tratamiento betabloqueante.
- 3. Añadiría al tratamiento amiodarona.
- 4. Añadiría al tratamiento verapamil.





TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA SINTOMÁTICA CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR







Pregunta 10768: (64) De las siguientes enfermedades, una de ellas puede manifestarse con ausencia de pulso venoso yugular:

- 1. Pericarditis constrictiva.
- 2.Síndrome de vena cava superior.
- 3.Insuficiencia tricúspide.
- 4. Insuficiencia cardiaca.





Pregunta 10768: (64) De las siguientes enfermedades, una de ellas puede manifestarse con ausencia de pulso venoso yugular:

- 1. Pericarditis constrictiva.
- 2.<u>Síndrome de vena cava superior.*</u>
- 3.Insuficiencia tricúspide.
- 4. Insuficiencia cardiaca.







BRAUNWALD'S HEART DISEASE A Textbook of Cardiovascular Medicine

Cardiovascular Examination

JUGULAR VENOUS PRESSURE AND WAVEFORM. The jugular venous pressure aids in the estimation of volume status at the bedside. The external (EJV) or internal (IJV) jugular vein may be used, although the LJV is preferred because the EJV is valved and is not directly in line with the superior vena cava (SVC) and right atrium (RA). The EJV is easier to visualize when distended, and its appearance has been used to discriminate between a low and high central venous pressure (CVP) when tested in a group of attending physicians, residents, and medical students.18 An elevated left EJV pressure may also signify a persistent left-sided SVC or compression of the innominate vein from an intrathoracic structure such as a tortuous or aneurysmal aorta. If an elevated venous pressure is suspected but venous pulsations cannot be appreciated, the patient should be asked to sit with the feet dangling over the side of the bed. The pooling of blood in the lower extremities with this maneuver may reveal venous pulsations. SVC syndrome should be suspected if the venous pressure is elevated, pulsations are still not discernible, and the head and neck appear dusky or cyanotic. In the hypotensive patient in whom hypovolemia is suspected, the patient may need to be lowered to a supine position to gauge the waveform in the right supraclavicular fossa.





Pregunta 10931: (227) Paciente de 36 años de edad que consulta por presentar dolor torácico constante, constrictivo, que se irradia a ambos brazos y que se intensifica en decúbito dorsal. En la exploración su médico objetiva que dicho dolor se alivia al sentarse con el cuerpo hacia adelante. Tras realizar un estudio exhaustivo del paciente usted lo diagnostica de pericarditis idiopática aguda. Señale la respuesta FALSA:

- 1.No existe una prueba específica para el diagnóstico de pericarditis aguda idiopática por lo que el diagnóstico es de exclusión.
- 2.Deben de evitarse los anticoagulantes porque su uso puede causar hemorragia en la cavidad pericárdica.
- 3.No existe un tratamiento específico, pero puede indicarse el reposo en cama y ácido acetilsalicílico.
- 4.Debe de informar a su paciente que la pericarditis recurre en más de un 75% de los pacientes.

Pregunta 10931: (227) Paciente de 36 años de edad que consulta por presentar dolor torácico constante, constrictivo, que se irradia a ambos brazos y que se intensifica en decúbito dorsal. En la exploración su médico objetiva que dicho dolor se alivia al sentarse con el cuerpo hacia adelante. Tras realizar un estudio exhaustivo del paciente usted lo diagnostica de pericarditis idiopática aguda. Señale la respuesta FALSA:

- 1.No existe una prueba específica para el diagnóstico de pericarditis aguda idiopática por lo que el diagnóstico es de exclusión.
- 2.Deben de evitarse los anticoagulantes porque su uso puede causar hemorragia en la cavidad pericárdica.
- 3.No existe un tratamiento específico, pero puede indicarse el reposo en cama y ácido acetilsalicílico.
- 4. Debe de informar a su paciente que la pericarditis recurre en icicar



2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases

3.3 Recurrent pericarditis

Recurrent pericarditis is diagnosed with a documented first episode

Recommendations for the treatment of acute pericarditis

Recommendations	Classa	Levelb	Ref.c
Aspirin or NSAIDs are recommended as first-line therapy for acute pericarditis with gastroprotection	-	A	55
Colchicine is recommended as first-line therapy for acute pericarditis as an adjunct to aspirin/NSAID therapy	1	A	10,11, 58,59

rditis, a symptom-free interval of 4-6 weeks or lence of subsequent recurrence of pericarditis Diagnosis of recurrence is established according eria as those used for acute pericarditis. CRP, 2.47 graphy (CT) and/or CMR may provide confirmasupport the diagnosis in atypical or doubtful cases rdial inflammation through evidence of oedema nancement of the pericardium. 2,39

ce rate after an initial episode of pericarditis ranges 10,11 and may increase to 50% after a first recurrence

in patients not treated with colchicine, 13-15 particularly if treated with corticosteroids.





