

Puesta al día

# Insuficiencia cardiaca aguda

Editores:

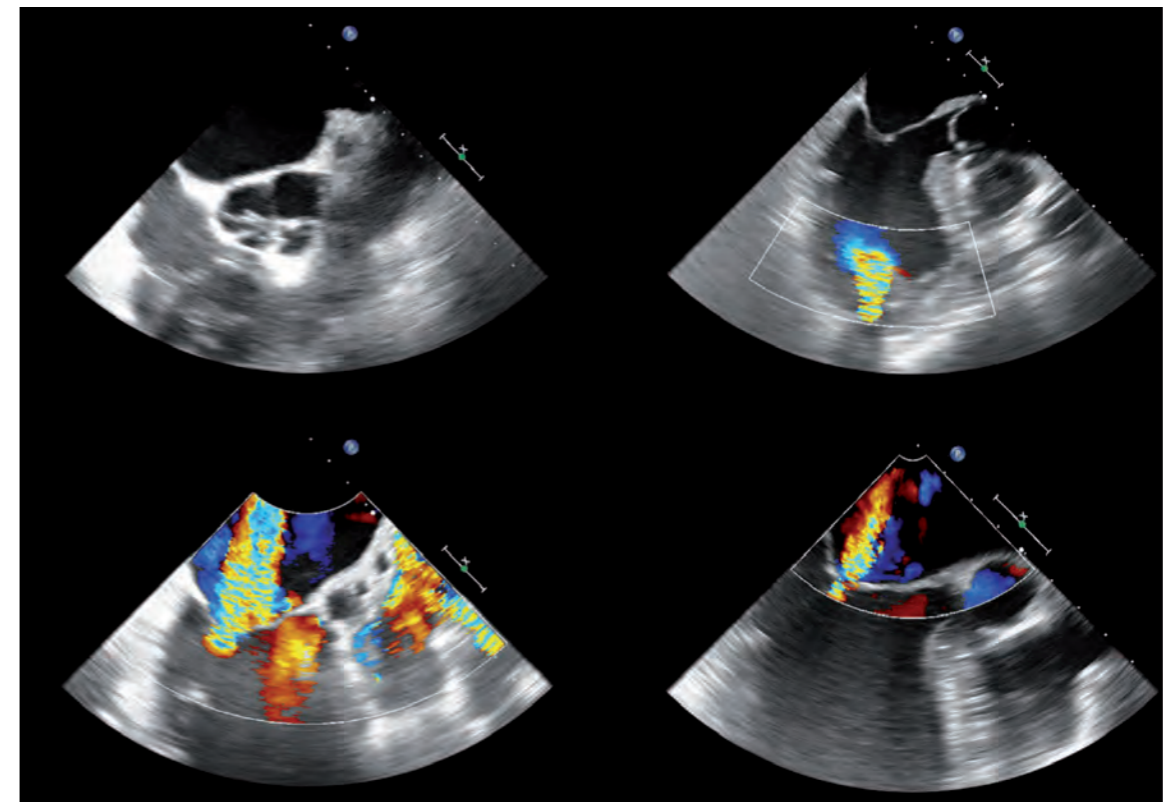
Antoni Bayes-Genis

Pablo Avanzas

Leopoldo Pérez de Isla

Juan Sanchis

Puesta al día **Insuficiencia cardiaca aguda**



 **NOVARTIS**



Actividad acreditada por la Comisión  
de Formación Continuada de las Profesiones  
Sanitarias de la Comunidad de Madrid  
con **2,3 créditos**



Actividad acreditada por la  
Sociedad Española de Cardiología  
en su Programa de Formación Continuada  
con **15,5 créditos**

Puesta al día

# **Insuficiencia cardiaca aguda**

Editores:

Antoni Bayes-Genis

Pablo Avanzas

Leopoldo Pérez de Isla

Juan Sanchis

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

# EXAMEN DE EVALUACIÓN

[www.revespcardiolog.org](http://www.revespcardiolog.org)

**A**ctividad acreditada por la Sociedad Española de Cardiología en su Programa de Formación Continuada con 15,5 créditos y por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 2,3 créditos.

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA ofrece un curso sobre «Insuficiencia cardiaca aguda» que consta de 9 capítulos y un total de 45 preguntas tipo test, elaboradas por los autores de los artículos publicados en este libro.

## Participantes

El Programa de Formación Continuada de la Sociedad Española de Cardiología se ofrece gratuitamente a todos los participantes.

## Evaluación

- La evaluación se realizará por internet en la dirección especificada más abajo. Es necesario contestar correctamente, como mínimo, el 80% de las 45 preguntas tipo test de que consta para la concesión de los créditos. No se dará por válida una respuesta parcial si hay otra posibilidad más completa.
- Podrá contestar las preguntas paulatinamente hasta que considere finalizado el test. Obtendrá el resultado de la evaluación inmediatamente al finalizar el test. Una vez finalizado, no podrá volver a evaluarse.
- El periodo de evaluación comienza el 1 de febrero de 2017 y finaliza el 31 de marzo de 2017. No se admitirán evaluaciones fuera del periodo de evaluación.
- Podrá acceder a la evaluación de la actividad en la *web* [www.revespcardiolog.org](http://www.revespcardiolog.org).

## Publicación de las respuestas correctas

Las respuestas correctas del test de evaluación se publicarán en la misma dirección de internet ya citada una vez finalizado el periodo de evaluación.

## Diploma acreditativo

- Podrán conseguir el diploma acreditativo los participantes que hayan obtenido un porcentaje de respuestas correctas igual o superior al 80% del total de preguntas del test de evaluación.
- La emisión y entrega de diplomas se realizará de forma personalizada una vez finalizado el periodo de evaluación.

## EXAMEN DE EVALUACIÓN

### 1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la epidemiología de la insuficiencia cardiaca aguda es falsa?

- a) Los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda son mayoritariamente ancianos.
- b) La inmensa mayoría de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda son varones.
- c) La mayor parte de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda tienen antecedentes de insuficiencia cardiaca.
- d) Aproximadamente la mitad de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda presentan una fracción de eyección ventricular izquierda preservada.
- e) La insuficiencia cardiaca aguda es el principal motivo de hospitalización de ancianos.

### 2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la epidemiología de la insuficiencia cardiaca aguda es falsa?

- a) La mayoría de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda tienen antecedentes de hipertensión arterial.
- b) Tienen antecedentes de enfermedad coronaria alrededor de la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.
- c) La fibrilación auricular es frecuente en la insuficiencia cardiaca aguda y afecta a una tercera parte de los pacientes o más.
- d) Los antecedentes de diabetes mellitus son frecuentes y afectan a más de la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.
- e) Aproximadamente, de un cuarto a un tercio de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

### 3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del pronóstico de la insuficiencia cardiaca aguda es falsa?

- a) En la mayor parte de los registros de insuficiencia cardiaca aguda publicados, hay una mortalidad intrahospitalaria elevada, de hasta un 10%.
- b) La duración de la hospitalización por un episodio de insuficiencia cardiaca aguda oscila entre 4 y 11 días.
- c) La mortalidad tras el alta es de alrededor del 10% a los 3 meses.
- d) Aproximadamente una tercera parte de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda fallecen en el plazo de 1 año tras el alta.
- e) La tasa de rehospitalización a los 3 meses es de alrededor del 25-30%.

### 4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del pronóstico de la insuficiencia cardiaca aguda es falsa?

- a) La progresión de la insuficiencia cardiaca es por sí sola la causa de muerte de menos de la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.
- b) La insuficiencia cardiaca supone menos de la mitad de las causas de reingreso.
- c) Más de la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda fallecen de forma súbita.
- d) Las comorbilidades no cardiovasculares son la causa de muerte de una minoría de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.
- e) Las comorbilidades no cardiovasculares son una causa frecuente de rehospitalización por insuficiencia cardiaca aguda.

### 5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la epidemiología de la insuficiencia cardiaca aguda es falsa?

- a) Aproximadamente la mitad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda presentan una fracción de eyección ventricular izquierda preservada (ICFep).
- b) La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con ICFep es igual de alta que la de los pacientes con fracción de eyección reducida (ICFer).
- c) La tasa de mortalidad tras el alta es similar en los pacientes con ICFep y con ICFer.
- d) La tasa de reingreso tras el alta es similar en los pacientes con ICFep y con ICFer.
- e) La tasa de reingreso en la insuficiencia cardiaca aguda aumenta gradualmente mes a mes después del alta.

### 6. ¿Qué afirmación es cierta por lo que respecta a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda?

- a) La reacción inflamatoria que se produce en la insuficiencia cardiaca aguda no está relacionada con una activación de la respuesta inmunitaria innata.
- b) La disfunción ventricular derecha aparecida como complicación de la disfunción del corazón izquierdo carece de trascendencia en el contexto clínico de la insuficiencia cardiaca aguda.
- c) Las elevadas concentraciones de troponinas cardiacas circulantes que se detectan en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda se asocian siempre a isquemia miocárdica y requieren una revascularización inmediata.
- d) La disfunción de los riñones, el hígado y los músculos esqueléticos contribuye de forma importante a la fisiopatología de la insuficiencia cardiaca aguda.
- e) Las respuestas a, c y d son ciertas.

## EXAMEN DE EVALUACIÓN

**7.** El perfil «caliente y húmedo» incluye dos grupos de pacientes con características clínicas y perfiles fisiopatológicos diferentes. Uno de ellos, que se describe como vascular, se caracteriza de la siguiente manera:

- a)** Deterioro clínico rápido (en un plazo de horas), ausencia de congestión pulmonar, aumento de peso (acumulación de líquido exógeno adicional) nulo (o mínimo), aumento rápido de la estimulación simpática.
- b)** Deterioro clínico lento (días, semanas), presencia de congestión pulmonar, aumento de peso sustancial, congestión debida a la acumulación de líquido exógeno adicional.
- c)** Deterioro clínico rápido (horas), presencia de congestión pulmonar, aumento de peso (acumulación de líquido exógeno adicional) nulo (o mínimo), congestiones a causa de un desplazamiento rápido de líquido endógeno, asociadas a un aumento de la estimulación simpática.
- d)** Deterioro clínico lento (días, semanas), ausencia de congestión pulmonar, aumento de peso (acumulación de líquido exógeno adicional) sustancial.
- e)** Deterioro clínico rápido (horas), presencia de congestión pulmonar, congestión debida a una acumulación rápida de líquido exógeno adicional con diuresis escasa.

**8.** El agravamiento de la insuficiencia cardiaca que se produce en los pacientes ingresados por una insuficiencia cardiaca aguda después de una estabilización inicial se asocia a un resultado clínico desfavorable a corto y largo plazo, y generalmente implica una lesión multiorgánica. La aparición de un agravamiento de la insuficiencia cardiaca en el conjunto de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda se estima en:

- a)** < 5%.
- b)** 10-30%.
- c)** 50%.
- d)** > 80%.
- e)** Este problema no existe.

**9.** La determinación del perfil hemodinámico de un paciente con insuficiencia cardiaca aguda se basa en la evaluación de la congestión y perfusión a la cabecera del paciente. ¿Cuál es el perfil que se asocia a peor pronóstico?

- a)** «Húmedo y caliente».
- b)** «Húmedo y frío».
- c)** «Seco y frío».
- d)** «Seco y caliente».
- e)** La determinación del perfil hemodinámico no permite estratificar los resultados clínicos.

**10.** La activación neurohormonal que se produce en la insuficiencia cardiaca aguda incluye la activación de los siguientes sistemas y vías moleculares:

- a)** Tan solo el sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- b)** Tan solo el sistema nervioso simpático (con la inhibición del sistema nervioso parasimpático).
- c)** Tan solo el sistema renina-angiotensina-aldosterona con el sistema nervioso simpático.
- d)** El sistema renina-angiotensina-aldosterona, el sistema nervioso simpático y el sistema de péptidos natriuréticos, así como un aumento de la secreción de arginina vasopresina, endotelina-1 y adrenomedulina.
- e)** El sistema renina-angiotensina-aldosterona y el sistema nervioso simpático, así como un aumento de la secreción de arginina vasopresina, endotelina-1 y adrenomedulina, pero no el sistema de péptidos natriuréticos.

**11.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a)** El síndrome cardiorrenal de tipo 1 se define como la disfunción simultánea del corazón y los riñones, con independencia de cuál de los dos órganos haya sufrido el daño inicial.
- b)** La prevalencia del síndrome cardiorrenal de tipo 1 oscila entre el 10 y el 40% en diferentes estudios.
- c)** Los síndromes cardiorrenales de tipos 1 y 2 tienen una fisiopatología y unas consecuencias clínicas similares.
- d)** Todas las opciones son falsas.
- e)** Todas las opciones son verdaderas.

**12.** ¿Cuál de los siguientes no es un reconocido factor de riesgo de empeoramiento de la función renal en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda?

- a)** Presión arterial sistólica baja.
- b)** Episodio previo de empeoramiento de la función renal.
- c)** Disfunción sistólica ventricular izquierda grave.
- d)** Tratamiento intensivo con diuréticos del asa.
- e)** Diabetes mellitus.

**13.** ¿Cuál de los siguientes es el factor más importante en la patogenia del síndrome cardiorrenal de tipo 1?

- a)** Reducción de la perfusión renal.
- b)** Toxicidad de los diuréticos del asa.
- c)** Congestión venosa.
- d)** Presión venosa central.
- e)** Administración simultánea de diuréticos del asa y tiacidas.

## EXAMEN DE EVALUACIÓN

**14.** En la insuficiencia cardiaca aguda, el empeoramiento de la función renal puede identificar situaciones fisiopatológicas diferentes. ¿Cuál de los siguientes factores se asocia a un mejor resultado clínico?

- a) Activación neurohormonal.
- b) Hemoconcentración.
- c) Daño tubulointersticial.
- d) Reducción del filtrado glomerular.
- e) Respuesta inflamatoria.

**15.** En un paciente con insuficiencia cardiaca aguda que recibe un tratamiento diurético intensivo y presenta un agravamiento de la disfunción renal, ¿cuál de las siguientes situaciones no apunta a una lesión renal aguda verdadera?

- a) Alteraciones renales transitorias.
- b) Aumento sustancial de la creatinina.
- c) Oliguria.
- d) Edemas persistentes.
- e) Ausencia de signos de sobrecarga de líquidos y presión arterial sistólica baja.

**16.** Todos los factores siguientes se asocian a concentraciones de péptidos natriuréticos más elevadas, excepto:

- a) La edad avanzada.
- b) La disfunción sistólica ventricular izquierda.
- c) La obesidad.
- d) La disfunción renal.
- e) El tratamiento con inhibición de la neprilisina.

**17.** Todas las afirmaciones siguientes acerca del valor pronóstico de los péptidos natriuréticos son ciertas, excepto:

- a) El valor de BNP o NT-proBNP en el momento de la presentación inicial es más importante que un valor obtenido después del tratamiento.
- b) El MR-proANP puede tener un valor aditivo al del NT-proBNP por lo que respecta al pronóstico.
- c) Una disminución significativa del NT-proBNP durante el tratamiento de la insuficiencia cardiaca se asocia a mejor pronóstico.
- d) El BNP y el NT-proBNP aportan información pronóstica importante en la insuficiencia cardiaca, tanto en la que cursa con fracción de eyección preservada como en la que se asocia a una reducción de esta.
- e) El NT-proBNP tiene valor pronóstico en los pacientes con una función renal anormal.

**18.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta acerca del ST2 soluble?

- a) Se produce en los riñones.
- b) Proporciona una información pronóstica irrelevante en presencia de NT-proBNP.
- c) Tan solo es útil en la ICFer.
- d) Es uno de los biomarcadores pronósticos más potentes en la insuficiencia cardiaca.
- e) No puede interpretarse en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.

**19.** La liberación de troponina de alta sensibilidad en la insuficiencia cardiaca puede deberse a:

- a) La lesión de aporte/demanda asociada a la isquemia subendocárdica.
- b) El infarto agudo de miocardio de tipo 1.
- c) La muerte celular programada/apoptosis.
- d) La liberación espontánea por los miocardiocitos.
- e) Todas las anteriores.

**20.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de los marcadores renales es incorrecta?

- a) Producen cistatina C todas las células nucleadas del organismo.
- b) La elevación de la lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilos tiene una especificidad del 100% para la lesión renal debida al síndrome cardiorrenal.
- c) La proteína beta-traza es superior a la creatinina en la estimación de la función renal.
- d) Las concentraciones de lipocalina asociada a gelatinasa de neutrófilos tienen valor pronóstico en los pacientes con insuficiencia cardiaca.
- e) La cistatina C y la proteína beta-traza son especialmente mejores que la creatinina sérica para la detección de los estados de insuficiencia renal leve.

**21.** ¿Cuál de estas opciones no forma parte de los objetivos de la exploración ecocardiográfica inicial (*focused o point-of-care ultrasound*) de un paciente con disnea aguda?

- a) Valorar la existencia de derrame pericárdico.
- b) Valorar la función ventricular izquierda.
- c) Descartar dilatación grave del ventrículo derecho.
- d) Valorar el grado de insuficiencia mitral por PISA.
- e) Valorar el estado de volemia del paciente mediante la visualización de la vena cava inferior.



## EXAMEN DE EVALUACIÓN

**22. ¿Cuál de las siguientes técnicas de imagen utilizaría en primera opción en un paciente con insuficiencia cardíaca aguda y ventana ultrasónica subóptima?**

- a) Ecocardiograma transesofágico.
- b) Tomografía computarizada coronaria.
- c) Ecocardiograma con contraste.
- d) Resonancia magnética cardíaca.
- e) Ventriculografía invasiva.

**23. Indique la afirmación falsa con respecto a la resonancia magnética cardíaca en el contexto de la miocardiopatía por estrés:**

- a) Las secuencias de cine pueden mostrar acinesia de los segmentos medios y apicales de todas las caras.
- b) El realce tardío es transmural en los segmentos afectados.
- c) Es posible encontrar un trombo intraventricular.
- d) Los segmentos afectados muestran edema difuso transmural en las secuencias potenciadas en T2.
- e) Normalización de la función ventricular a las 2 semanas del inicio de los síntomas.

**24. ¿Qué hallazgo ecocardiográfico no indica tromboembolia pulmonar masiva?**

- a) Un ventrículo derecho no dilatado y normofuncionante.
- b) Imagen de trombo en la aurícula derecha.
- c) Foramen oval permeable con cortocircuito derecha-izquierda.
- d) Insuficiencia tricuspídea moderada.
- e) Disfunción grave del ventrículo derecho.

**25. Señale la opción falsa acerca del hallazgo de un patrón de Doppler transmitral compatible con alteración de la relajación ( $E/A < 1$ ,  $E < 50$  cm/s) en paciente con disfunción ventricular izquierda:**

- a) Indica presiones de llenado izquierdas normales.
- b) En pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, es un marcador de que el tratamiento está adecuadamente optimizado.
- c) En un paciente con disnea aguda, es diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda.
- d) En pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y un patrón de llenado restrictivo, la aparición de un patrón de llenado compatible con alteración de la relajación tras la infusión de nitroprusiato identifica a un grupo de pacientes con mejor pronóstico.
- e) Predice el éxito de maniobras para la retirada de las medidas de soporte ventilatorio.

**26. ¿Cuándo están indicadas las tiacidas en la insuficiencia cardíaca aguda?**

- a) Como fármaco de primera elección.
- b) Cuando hay respuesta adecuada a los diuréticos del asa.
- c) Cuando hay resistencia a los diuréticos.
- d) No están indicadas.
- e) Cuando hay una disfunción hepática.

**27. ¿Por qué podría resultar útil el enalaprilato en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda?**

- a) Debido a sus posibles efectos favorables en las crisis hipertensivas durante la insuficiencia cardíaca aguda.
- b) Porque no causa hipotensión.
- c) Porque tiene un efecto vasoconstrictor bajo.
- d) Porque es el principal fármaco inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina en un contexto de asistencia urgente.
- e) Porque carece de efectos vasodilatadores.

**28. ¿Cuándo podría resultar útil el empleo de fármacos inotrópicos en la insuficiencia cardíaca aguda?**

- a) Para pacientes con elevación de la presión arterial.
- b) Porque muestran menor tasa de mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.
- c) Para pacientes con presión arterial baja y bajo gasto.
- d) Porque no tienen efectos favorables en la inotropía.
- e) Porque no tienen efectos arrítmicos a dosis altas.

**29. ¿Por qué la urutilida mejora los signos/síntomas de la insuficiencia cardíaca aguda?**

- a) Tiene efectos vasoconstrictores.
- b) Tiene efectos natriuréticos y diuréticos.
- c) Porque podría administrarse por vía oral.
- d) Porque ejerce efectos hipotensores directos.
- e) Porque es un fármaco vasoconstrictor potente.

**30. ¿Por qué es eficaz la relaxina en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda?**

- a) Imita la acción de la endotelina.
- b) Libera óxido nítrico.
- c) Inhibe la producción del factor de crecimiento endotelial.
- d) Mejora las transaminasas y los péptidos natriuréticos.
- e) Mejora los signos clínicos de congestión de manera más lenta que otros fármacos natriuréticos.

## EXAMEN DE EVALUACIÓN

**31. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la ventilación con presión positiva no invasiva (VPPN) en los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda?**

- a)** La VPPN se ha utilizado ampliamente y debe preferirse su uso para aliviar los signos y síntomas de dificultad respiratoria causados por el edema pulmonar cardiogénico.
- b)** Los datos existentes hasta la fecha sobre el posible efecto beneficioso aportado por la VPPN proceden de grandes ensayos clínicos controlados no aleatorizados.
- c)** El tratamiento con VPPN en la insuficiencia cardíaca aguda aporta el mayor efecto beneficioso en los pacientes con disfunción sistólica.
- d)** Las guías europeas recomiendan generalmente el tratamiento con VPPN para pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, frecuencia respiratoria > 24 rpm y signos de edema pulmonar con o sin *shock*.
- e)** Las contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de la VPPN están bien establecidas.

**32. ¿De qué forma puede contribuir la ultrafiltración a la mejoría clínica a corto plazo de la insuficiencia cardíaca congestiva?**

- a)** Acción mecánica directa obtenida mediante la corrección de la sobrecarga de líquidos, que eleva la presión auricular derecha, la presión arterial pulmonar, las resistencias vasculares pulmonares y las presiones de llenado ventricular.
- b)** Reducción del edema cardíaco, que mejora la función diastólica y la función cardíaca general.
- c)** Corrección del desequilibrio neurohormonal y el componente de sobrellenado arterial relativo inducido por la insuficiencia cardíaca y el tratamiento diurético.
- d)** Aumento del agua pulmonar extravascular, con mejora del intercambio gaseoso y la oxigenación.
- e)** Todas las anteriores.

**33. ¿Cuáles de las siguientes situaciones son indicaciones de apoyo circulatorio mecánico en la insuficiencia cardíaca aguda?**

- a)** *Shock* cardiogénico posinfarto.
- b)** Miocarditis fulminante.
- c)** Descompensación aguda de la insuficiencia cardíaca crónica que no responde a los fármacos inotrópicos.
- d)** Estado posterior a parada cardíaca.
- e)** Todas las anteriores.

**34. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta por lo que respecta al apoyo circulatorio mecánico?**

- a)** Las guías europeas actuales recomiendan que se considere usar un dispositivo de asistencia percutáneo para el apoyo circulatorio mecánico en el *shock* cardiogénico refractario, con objeto de proporcionar un inicio rápido y sencillo, con algunas preferencias en cuanto a la elección del dispositivo (recomendación IIb B).
- b)** La selección de los pacientes y el momento de implantar el dispositivo son los principales factores determinantes del éxito en el campo del apoyo circulatorio mecánico en la insuficiencia cardíaca.
- c)** En el ensayo *Intraaortic Balloon Pump in Cardiogenic Shock* (IABP-SHOCK), se puso de manifiesto el efecto beneficioso obtenido en cuanto a la mortalidad con el empleo de una bomba de balón intraaórtico en un plazo de 30 días.
- d)** Los pacientes con un daño neurológico irreversible pueden ser derivados a apoyo circulatorio mecánico.
- e)** El apoyo vital extracorpóreo en la configuración venovenosa puede reemplazar por completo la función cardiopulmonar y está indicado para las formas graves de *shock* cardiogénico y la parada cardíaca refractaria.

**35. ¿Cuál de las siguientes causas de insuficiencia cardíaca aguda sería menos probable que se abordara quirúrgicamente?**

- a)** Comunicación interventricular posinfarto.
- b)** Rotura de pared ventricular libre.
- c)** Miocardiopatía de *tako-tsubo*.
- d)** Fístula arteriovenosa.
- e)** Tromboembolia pulmonar.

**36. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la insuficiencia cardíaca es correcta?**

- a)** La insuficiencia cardíaca aguda es un trastorno que conlleva peligro para la vida y es el diagnóstico más frecuente en los pacientes que sufren dolor torácico.
- b)** El agravamiento del edema periférico tiene mejor pronóstico que el edema pulmonar.
- c)** La insuficiencia cardíaca es frecuente; sin embargo, en la última década se ha producido una disminución continua de los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca aguda.
- d)** La mayor parte de las personas que fallecen por enfermedades cardiovasculares sufren antes insuficiencia cardíaca.
- e)** A los pacientes con insuficiencia cardíaca debieran tratarlos únicamente los cardiólogos.



## EXAMEN DE EVALUACIÓN

### 37. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el papel de los servicios de emergencias médicas en el manejo de la insuficiencia cardiaca es correcta?

- ▣ a) Basándose tan solo en los signos y síntomas físicos, el diagnóstico prehospitalario de insuficiencia cardiaca aguda puede resultar difícil.
- ▣ b) Los profesionales de los servicios de emergencias desempeñan un papel menor en el manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda, ya que dichos pacientes suelen acudir a sus médicos de familia.
- ▣ c) Aproximadamente el 50% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias con una insuficiencia cardiaca aguda son ingresados en el hospital.
- ▣ d) La exactitud descrita del diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias es de entre el 32 y el 49%.
- ▣ e) Parece que los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en servicios de urgencias de bajo volumen tienen mejores resultados clínicos que los pacientes que acuden a servicios de urgencias con un volumen alto.

### 38. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la asistencia intrahospitalaria de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda es incorrecta?

- ▣ a) De ser posible, el 25% del personal de cardiología de los centros de referencia de hospitales terciarios, docentes o universitarios debería disponer de formación especializada en insuficiencia cardiaca.
- ▣ b) En el 50% de los pacientes ingresados en el hospital hay como mínimo 1 discrepancia no intencionada entre la medicación ambulatoria crónica y su medicación de ingreso.
- ▣ c) Una vez se ha producido una hospitalización por insuficiencia cardiaca, la tasa de reingresos en 30 días se aproxima al 10-15%.
- ▣ d) Los resultados clínicos obtenidos en la insuficiencia cardiaca son mejores en los pacientes ingresados al cuidado de personal médico especialista de cardiología.
- ▣ e) Las transiciones que se producen en el hospital contribuyen a prolongar la estancia y producir errores de comunicación.

### 39. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la asistencia ambulatoria de la insuficiencia cardiaca es correcta?

- ▣ a) Un servicio de enfermería especializada en la insuficiencia cardiaca puede reducir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

- ▣ b) La telemonitorización no es útil para mejorar la eficiencia y la efectividad del equipo de enfermería.
- ▣ c) El manejo conjunto de los pacientes con insuficiencia cardiaca por un médico de atención primaria y un cardiólogo no reduce la mortalidad por cualquier causa ni las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca aguda en comparación con los pacientes con insuficiencia cardiaca tratados únicamente por médicos de atención primaria.
- ▣ d) Los pacientes atendidos por médicos que ven tan solo unos pocos casos de insuficiencia cardiaca pueden obtener mejores resultados.
- ▣ e) Se ha demostrado que la educación sanitaria del paciente reduce las tasas de reingreso y mortalidad por insuficiencia cardiaca.

### 40. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- ▣ a) Muchos pacientes tienen dificultades para adoptar pautas de asistencia complejas y la adherencia a las pautas basadas en la evidencia continúa siendo baja.
- ▣ b) Los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada suelen tener acceso a asistencia en un centro de cuidados paliativos.
- ▣ c) Los cuidados paliativos son apropiados en cualquier estadio de una enfermedad grave y pueden prestarse junto con el tratamiento curativo para la insuficiencia cardiaca.
- ▣ d) Un abordaje multidisciplinario de la insuficiencia cardiaca puede reducir los costes, la duración de la hospitalización y los reingresos y puede mejorar el cumplimiento y reducir la mortalidad.
- ▣ e) Continúa habiendo una considerable incertidumbre por lo que respecta a qué componentes de la asistencia multidisciplinaria de la insuficiencia cardiaca son los más importantes.

### 41. En relación con las unidades de insuficiencia cardiaca, ¿cuál de las siguientes opciones no es correcta?

- ▣ a) La educación del paciente para mejorar su autocuidado es uno de sus objetivos principales.
- ▣ b) El seguimiento del paciente solo debe programarse cuando este tiene síntomas de recaída para evitar el ingreso.
- ▣ c) La estructura multidisciplinaria es fundamental para que tengan éxito.
- ▣ d) La enfermería especializada en insuficiencia cardiaca tiene un papel muy destacado.
- ▣ e) La incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación es uno de los componentes recomendados para estas unidades.

## EXAMEN DE EVALUACIÓN

### 42. En relación con la hospitalización en la insuficiencia cardiaca, seleccione la respuesta correcta

- a) En paralelo a la mejora del tratamiento de la insuficiencia cardiaca, los ingresos por esta causa se están reduciendo en España.
- b) La hospitalización por insuficiencia cardiaca se concentra fundamentalmente en las fases más avanzadas (fase terminal o de final de vida).
- c) La rehospitalización tras un alta por insuficiencia cardiaca, especialmente en los primeros 30 días, indica que la calidad asistencial en la fase aguda es mejorable.
- d) La coordinación del alta no es decisiva en el riesgo de reingreso precoz.
- e) La presentación de una insuficiencia cardiaca coincidiendo con un ingreso hospitalario es extremadamente infrecuente.

### 43. Respecto a la transición de cuidados de pacientes con insuficiencia cardiaca, ¿cuál de las siguientes opciones es incorrecta?

- a) El inicio de la intervención debe ser durante las primeras 48 h después del alta.
- b) La visita precoz tras el alta es un elemento clave para evitar reingresos en esta fase.
- c) La evaluación psicosocial integral por enfermería permite planificar mejor las intervenciones.
- d) Las rutas asistenciales para el proceso de la insuficiencia cardiaca son documentos de consenso fundamentales para el éxito de estas intervenciones.
- e) Es preferible que el proceso de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca durante la hospitalización lo hagan médicos especializados en ella.

### 44. ¿Qué aspecto o aspectos deben figurar de modo prioritario en el informe de alta de enfermería para la coordinación de su alta con atención primaria?

- a) Información sobre las intervenciones educativas, sociales y funcionales realizadas.
- b) Presencia de criterios de complejidad.
- c) Situación al alta (clase funcional, peso).
- d) Modalidad de seguimiento al alta y formas de contacto con la unidad de insuficiencia cardiaca hospitalaria.
- e) Todos estos aspectos son prioritarios.

### 45. Señale la afirmación incorrecta sobre las acciones clave para la integración de niveles asistenciales entre la unidad de insuficiencia cardiaca hospitalaria y atención primaria:

- a) Dar apoyo en el proceso diagnóstico de la insuficiencia cardiaca en el ámbito de atención primaria.
- b) Colaborar en la toma de decisiones de pacientes atendidos en atención primaria con riesgo bajo o moderado.
- c) Dar apoyo en el proceso de tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca en el ámbito de atención primaria.
- d) Mantener la comunicación abierta entre la unidad de insuficiencia cardiaca y el equipo de atención primaria durante el proceso de seguimiento estructurado.
- e) Derivar a atención primaria a todos los pacientes con insuficiencia cardiaca mayores de 70 años, ya que no son tributarios de trasplante cardiaco.