

BUSTA 1

- 1) **Quali aspetti dell'elettrocardiogramma, in assenza di sopraslivellamento dell'ST, suggeriscono occlusione coronarica acuta in corso di dolore toracico?**
 - a) ST in basso >0.5 mV in V1-V3
 - b) T negativa in 8 o più derivazioni
 - c) ST in basso > 0.5 mV in V1-V6
 - d) Tutte le precedenti

- 2) **Un inibitore della GP IIb/IIIa ha indicazione nell'angioplastica primaria:**
 - a) Sempre
 - b) In presenza di occlusione completa del ramo responsabile dello STEMI
 - c) Se c'è evidenza di no-reflow o di complicanze trombotiche
 - d) Se la procedura è effettuata tardivamente

- 3) **Quale delle seguenti affermazioni è errata nel contesto dell'angioplastica primaria?**
 - a) Un anticoagulante è sempre necessario
 - b) E' raccomandato l'uso routinario dell'eparina non frazionata
 - c) Deve essere considerato l'uso di bivalirudina, enoxeparina e fundaparinux
 - d) In caso di trombocitopenia da eparina, è indicata la bivalirudina

- 4) **Causa di infarto miocardico acuto tipo 2 :**
 - a) La dissezione coronarica
 - b) Lo spasmo coronarico
 - c) L'anemia
 - d) Tutte le precedenti

- 5) **Nei soggetti con rischio cardiovascolare molto alto ed LDL tra 70 e 100 mg/dl:**
 - a) Occorre ottimizzare le abitudini di vita
 - b) Occorre considerare una terapia antidislipidemica
 - c) Occorre ottimizzare le abitudini di vita e considerare una terapia antidislipidemica
 - d) Occorre ottimizzare le abitudini di vita e prescrivere sempre una terapia antidislipidemica

- 6) **La sindrome di Tako Tsubo:**
 - a) E' una sindrome coronarica acuta
 - b) Colpisce per il 90% donne in post menopausa
 - c) Ha un meccanismo autoimmune
 - d) Rientra nella classificazione dell'infarto miocardico acuto tipo 3

- 7) **Il gruppo di soggetti a rischio cardiovascolare molto alto comprende:**
 - a) Pazienti con malattia coronarica accertata
 - b) Pazienti con placche carotidee significative
 - c) Diabetici con danno d'organo e più fattori di rischio coronarico
 - d) Tutte le precedenti

- 8) **La combinazione di più fattori di rischio cardiovascolare può aumentare il rischio di morte cardiovascolare a 10 anni rispetto ai soggetti senza fattori di rischio:**
 - a) Del doppio
 - b) Del triplo
 - c) Di 5 volte
 - d) Di più di 10 volte

- 9) **In pazienti con arteriopatia carotidea sintomatica il trattamento con TEA è raccomandato:**
- a) Se la stenosi è superiore al 50 %
 - b) Se la stenosi è tra il 70 ed il 99%
 - c) Se c'è una stenosi della carotide ipsilaterale ai sintomi
 - d) In tutte le precedenti
- 10) **L'indice caviglia/braccio indica un incremento del rischio di mortalità cardiovascolare:**
- a) Mai
 - b) Se è < 0.90
 - c) Se è > 1.40
 - d) In ambedue i casi precedenti (b e c)
- 11) **Nei pazienti con stenosi carotidea è raccomandata la terapia a lungo termine con:**
- a) L'aspirina in tutti i pazienti
 - b) Preferibilmente il clopidogrel
 - c) Aspirina e clopidogrel dopo stenting
 - d) Aspirina o clopidogrel
- 12) **Nei pazienti con ipertensione arteriosa ed insufficienza renale il trattamento va iniziato con:**
- a) Calcioantagonisti o betabloccanti
 - b) ACE-Inibitori o Inibitori dell'Angiotensina1 e diuretici
 - c) Calcioantagonisti e diuretici
 - d) Calcioantagonisti e spironolattone
- 13) **Il trattamento farmacologico antipertensivo va iniziato subito in presenza di PA > 140/90 mmHg:**
- a) in tutti i pazienti
 - b) in quelli con malattie cardiovascolari, danno d'organo o insufficienza renale
 - c) solo se la PA supera i 160/100 mmHg
 - d) solo se la PA supera i 180/110 mmHg
- 14) **Le dosi di carico degli inibitori P2Y12 nelle sindromi coronariche acute senza STE sono:**
- a) Clopidogrel 150 mg
 - b) Ticagrelor 180 mg
 - c) Prasugrel 20 mg
 - d) Tutte le precedenti
- 15) **Le troponine ad alta sensibilità rispetto alle troponine standard:**
- a) Hanno un potere predittivo negativo più alto
 - b) Sono specifiche per l'infarto miocardico acuto
 - c) Aumentano del 50% la diagnosi di infarto miocardico acuto e riducono del 50% quella di angina instabile
 - d) Tutte le precedenti

16) Qual' è la durata minima delle triplice terapia antitrombotica dopo sindrome coronarica acuta e fibrillazione atriale ed alto rischio di sanguinamento?

- a) Una settimana
- b) Un mese
- c) Tre mesi
- d) Sei mesi

17) Dopo la trombolisi in un infarto miocardico acuto con STE:

- a) Va eseguita sempre un'angioplastica a 2-24 ore dalla trombolisi
- b) Va eseguita immediatamente un'angioplastica di salvataggio in caso di fallimento della trombolisi
- c) Va eseguita un'angioplastica in emergenza in caso di scompenso cardiaco
- d) Tutte le precedenti

18) La gravidanza è controindicata in presenza di:

- a) stenosi mitralica con area valvolare < 1.0 cm²
- b) bicuspidia aortica con diametro del vaso > 50mm
- c) precedente cardiomiopatia peripartum con residuo deficit contrattile del ventricolo sinistro
- d) tutte le precedenti

19) Nella terapia a lungo termine dopo un infarto miocardico acuto con frazione di eiezione < 40% è indicato includere:

- a) Betabloccanti
- b) Inibitori dell'Angiotensina1
- c) Antagonisti dell'aldosterone
- d) Tutti i precedenti

20) Quali delle seguenti sono forme cliniche delle sindromi coronariche acute?

- a) Angina da sforzo ingravescente fino a classe III-IV canadese
- b) Angina da sforzo di recente insorgenza
- c) Infarto miocardico senza ST in alto persistente
- d) Tutte le precedenti

21) In quali condizioni in una SCA senza ST in alto una strategia invasiva deve essere attivata entro due ore dall'ingresso in un centro con emodinamica?

- a) ST in basso in 6 derivazioni ed ST in alto in aVR o V1
- b) Scompenso acuto
- c) Dolore stenocardico ricorrente
- d) Tutti i precedenti

22) Ad alto rischio di pre-eclampsia durante la gravidanza sono le pazienti con:

- a) Età di 40 o più anni
- b) Diabete mellito
- c) Gravidanze multiple
- d) Storia familiare di pre-eclampsia

23) Nelle donne in gravidanza con elevato rischio di pre-eclampsia:

- a) È raccomandata l'assunzione di aspirina (100-150 mg/dì) dalla 12° alla 36° settimana
- b) È raccomandata l'assunzione di aspirina (75 -100mg/dì) per tutta la gravidanza
- c) L'aspirina è controindicata
- d) Nessuna delle precedenti

24) Negli adulti ad alto rischio non allergici alla penicillina la dose raccomandata per la profilassi dell'endocardite in caso di procedure odontoiatriche è:

- a) Due grammi di amoxicillina o ampicillina per os o e.v. 30-60 minuti prima della procedura
- b) 1 grammo di ampicillina/dì per os per due giorni prima della procedura
- c) 1 grammo di ampicillina/dì per os per due giorni prima della procedura e per tre giorni dopo la procedura
- d) Clindamicina 600 mg per os 30-60 minuti prima della procedura

25) Nei pazienti ad alto rischio la profilassi antibiotica raccomandata per le procedure endoscopiche (gastrosopia, colonscopia, ecocardiografia trans-esofagea, cistoscopia):

- a) non è indicata
- b) è sempre indicata
- c) dovrebbe essere considerata
- d) potrebbe essere considerata

26) Una rivascolarizzazione completa nella prima procedura indice in una SCA senza ST in alto :

- a) E' sempre indicata
- b) Va sempre differita
- c) Va eseguita usando l'FFR sui rami non culprit
- d) Potrebbe essere considerata

27) Nei pazienti con endocardite infettiva la febbre è presente nel:

- a) 90%
- b) 50%
- c) 20%
- d) raramente <10%

28) L'ipertensione polmonare pre-capillare è definita sulla base dei seguenti parametri emodinamici:

- a) Pressione arteriosa polmonare media ≥ 25 mmHg e pressione incuneata (wedge) ≤ 15 mmHg
- b) Pressione arteriosa polmonare sistolica ≥ 25 mmHg e pressione incuneata (wedge) ≤ 15 mmHg
- c) Pressione arteriosa polmonare media ≥ 25 mmHg o pressione incuneata (wedge) ≤ 15 mmHg
- d) Pressione arteriosa polmonare media ≥ 25 mmHg e pressione incuneata (wedge) ≥ 15 mmHg

29) In caso di necessità di trasferimento di un paziente con SCA non STE verso un centro con emodinamico, nella la terapia farmacologica: è preferibile usare

- a) fundaparinox e poi eparina sodica in bolo al momento della coronarografia
- b) Eparina a bpm
- c) Bivalirudina
- d) tutte le precedenti

30) La probabilità di ipertensione polmonare nei soggetti sintomatici è alta quando la velocità di picco del rigurgito triscuspidale (m/s) è:

- a) < 2.8
- b) 2.9 - 3.4
- c) > 3.4
- d) 1.0 - 2.7