

PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.

Resolución de 4 de Abril de 2017 (B.O.A. número 74 de 19 de abril de 2017)

Categoría:

FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DE CARDIOLOGIA

ADVERTENCIAS:

- No abra este cuestionario hasta que se le indique.
- Este cuestionario consta de 110 preguntas de las cuales las 10 últimas son de reserva. Las preguntas de este cuestionario deben ser contestadas en la "Hoja de Examen" entre los números 1 y 110.

Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario solicite su sustitución.

- El tiempo de realización de este ejercicio es de: 2:15 HORAS.
- Todas las preguntas del cuestionario tienen el mismo valor. Las respuestas correctas puntuarán positivamente, las no contestadas no tendrán valoración alguna y las contestadas erróneamente restarán un tercio del valor de la respuesta correcta.
- Compruebe siempre que el número de respuestas que señale en la "Hoja de Examen" es el que corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- En cada pregunta existe una y sólo una respuesta correcta.
- Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil o ningún otro elemento electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA "HOJA DE EXAMEN" LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO NO DEBERÁ SER DEVUELTO AL FINALIZAR EL EJERCICIO.

**TODOS LOS MÓVILES DEBERÁN ESTAR APAGADOS
SU OMISIÓN PODRÁ SER MOTIVO DE EXPULSIÓN.**



F.E.A. CARDIOLOGIA

- 1 Indique cuál de los siguientes estudios promovidos por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) para conocer la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial en España se ha realizado en Hospitales:
 - A: Estudio ENEAS
 - B: Estudio APEAS
 - C: Estudio EARCAS
 - D: Ninguna de las anteriores

- 2 Según la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, las funciones de Alta Inspección se ejercerán por
 - A: Los órganos del Estado competentes en materia de sanidad
 - B: Los órganos de las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad
 - C: El Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma
 - D: La Dirección Provincial del Insalud

- 3 El actual Estatuto de Autonomía de Aragón, entró en vigor el
 - A: 20 de abril de 2005
 - B: 23 de abril de 2005
 - C: 20 de abril de 2007
 - D: 23 de abril de 2007

- 4 ¿A qué grupo de Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud pertenecen los Indicadores de Calidad de prescripción terapéutica?
 - A: Población
 - B: Estado de salud
 - C: Determinantes
 - D: Sistema sanitario

- 5 Una de las siguientes afirmaciones acerca del Consentimiento Informado (CI) es FALSA
 - A: La redacción del CI debe ser simple, inteligible y leal y despojado de terminología científica
 - B: En el CI deben constar nombre y apellidos del médico que informa
 - C: Debe evitarse la descripción de los riesgos típicos del procedimiento para no alarmar al paciente
 - D: El riesgo para la Salud Pública, la urgencia vital o la incapacidad del paciente son excepciones a la necesidad de CI

- 6 El proceso por el cual un centro sanitario se somete, con carácter voluntario, a un procedimiento de verificación externo, en orden a evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente, que a la vista de los resultados obtenidos emitirá finalmente el dictamen correspondiente, se denomina
- A: Monitorización
 - B: Auditoría
 - C: Acreditación
 - D: Protocolo
- 7 Entre los objetivos del Ministerio de Sanidad de España para promover la excelencia clínica y seguridad del paciente NO figura como objetivo:
- A: Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria
 - B: Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes
 - C: Impulsar una cultura punitiva y basada en las sanciones disciplinarias ante el conocimiento de un incidente adverso
 - D: Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente
- 8 Entre las actividades de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMS), NO figura
- A: La evaluación y autorización de medicamentos de uso humano y veterinario
 - B: Promover la compra y venta de medicamentos por Internet
 - C: La autorización de ensayos clínicos
 - D: La certificación, control y vigilancia de los productos sanitarios
- 9 Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, el personal estatutario sanitario se clasifica, de acuerdo con lo establecido en el Estatuto Marco, de la siguiente forma
- A: Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Técnicos
 - B: Facultativos y Enfermeras
 - C: Médicos, Enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería
 - D: Personal de formación universitaria y personal de formación profesional
- 10 En qué artículo de la Constitución Española de 1978 se reconoce el derecho a la protección de la salud
- A: 10
 - B: 128
 - C: 43
 - D: 72
- 11 Con respecto a los radiofármacos utilizados en los protocolos de SPECT es FALSO:
- A: El Talio 201 es un análogo del Sodio y se comporta como un ión extracelular
 - B: El TC-MIBI 99m no muestra fenómeno de redistribución por lo que es preciso administrar una dosis de radiofármaco en situación de estrés y otra nueva para la valoración de reposo.
 - C: La eliminación de Tc-tetrofosmina 99m es fundamentalmente hepatobiliar.
 - D: La eliminación del Talio 201 es muy lenta y se realiza de forma predominante por vía renal.

- 12 Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con los pacientes que, estando en tratamiento crónico con anticoagulación oral, precisan de un intervencionismo coronario:
- A: La recomendación general de triple terapia con aspirina, clopidogrel y anticoagulación oral (OAC) en pacientes tratados con stent intracoronario es de un mes, independientemente del tipo de stent usado
 - B: La recomendación de triple terapia con aspirina, clopidogrel y anticoagulación oral (OAC) en pacientes con síndrome coronario agudo es superior a 1 mes y puede llegar hasta 6 meses, si el alto riesgo isquémico del paciente supera al riesgo de sangrado
 - C: La recomendación de doble terapia con clopidogrel y anticoagulación oral (OAC) es una alternativa al tratamiento con triple terapia con aspirina, clopidogrel y anticoagulación oral (OAC) durante el primer mes, en aquellos pacientes en los que el riesgo de sangrado es alto y supera al riesgo isquémico
 - D: Los pacientes con recomendación de doble terapia con clopidogrel y anticoagulación oral (OAC) durante el primer mes tras un intervencionismo coronario con uso de stent no precisan de tratamiento con aspirina a dosis bajas durante el implante del mismo
- 13 Señale la indicación o indicaciones absolutas de oxigenoterapia domiciliaria en pacientes con EPOC y Cor pulmonale crónico
- A: $PaO_2 < 55$ mmHg o $SaO_2 < 88\%$
 - B: PaO_2 55-59 mmHg o $SaO_2 = 89$ mmHg y ausencia de edemas en partes declives que indiquen insuficiencia cardiaca congestiva.
 - C: PaO_2 55-59 mmHg o $SaO_2 = 89$ mmHg y ausencia de P pulmonar en el ECG.
 - D: Ninguna de las anteriores son indicaciones absolutas de oxigenoterapia domiciliaria en pacientes con EPOC y Cor pulmonale crónico
- 14 Paciente de 25 años presenta cuadro compatible con miocarditis que en pocas horas desarrolla shock cardiogénico y edema agudo de pulmón. ¿Cuál de las siguientes es FALSA?:
- A: Los fármacos inotropos pueden estabilizarlo hemodinámicamente
 - B: Se aconseja traslado a hospital con programa de trasplante cardiaco
 - C: Puede ser candidato a dispositivo de asistencia mecánica
 - D: Es candidato a trasplante cardiaco urgente, independientemente del tipo histológico y de que se consiga la estabilización hemodinámica
- 15 Con respecto al tratamiento con empaglifozina en la DM-2 cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:
- A: La empaglifozina en pacientes diabéticos tipo 2 con alto riesgo cardiovascular: redujo la hospitalización por insuficiencia cardíaca en un 35%, redujo la muerte cardiovascular en un 38% y mejoró la supervivencia mediante la disminución de todas las causas la mortalidad en un 32%.
 - B: En los pacientes con diabetes tipo 2 la empaglifozina conduce a reducciones en la HbA1c, pérdida de peso y reducción de la presión arterial sin aumentos en la frecuencia cardíaca.
 - C: La empaglifozina puede utilizarse en todo paciente diabético tipo 2 con alto riesgo cardiovascular independientemente del grado de disfunción renal.
 - D: La empaglifozina es un inhibidor altamente selectivo del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 (SGLT2) en el riñón.
- 16 Según la última guía de la Sociedad Europea de Cardiología del SCACEST ¿en qué situación NO decidiría de inicio una estrategia de angioplastia primaria?
- A: Bloqueo de rama izquierda de nueva aparición y síntomas isquémicos persistentes
 - B: Bloqueo de rama derecha y síntomas isquémicos persistentes
 - C: Parada cardiaca con ritmo inicial no desfibrilable y sin elevación del ST
 - D: Bloqueo de rama izquierda ya conocido y síntomas isquémicos persistentes

- 17 En el manejo clínico del paciente con estenosis mitral severa, cuál de las siguientes pautas considera que es una recomendación actual respaldada por las guías de práctica clínica:
- A: El tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la Vitamina K está indicado en pacientes en ritmo sinusal y dilatación severa de la aurícula izquierda (>50 mm o >60mL/m²)
 - B: La cardioversión eléctrica en caso de fibrilación auricular y dilatación moderada de la aurícula izquierda está siempre indicada antes de la cirugía valvular para mantener el ritmo sinusal
 - C: El tratamiento anticoagulante oral con los nuevos anticoagulantes orales (NACOS) está indicado en pacientes en ritmo sinusal y presencia de ecocontraste espontáneo denso en el interior de la aurícula izquierda
 - D: El tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la Vitamina K no está indicado en pacientes en ritmo sinusal con presencia de trombo confinado en la orejuela izquierda
- 18 ¿Cuál es una contraindicación absoluta para la realización de pruebas de esfuerzo?
- A: Estenosis Valvular moderada
 - B: Embolia pulmonar reciente
 - C: Bloqueo auriculo ventricular de segundo grado
 - D: Miocardiopatía hipertrófica
- 19 Respecto a las técnicas de diagnóstico intracoronario, la tomografía de coherencia óptica permite valorar con más precisión que el IVUS todo lo siguiente EXCEPTO:
- A: Mala aposición del stent
 - B: Trombo intraluminal
 - C: Carga de placa aterosclerótica
 - D: Grosor de la capa fibrosa
- 20 Según el algoritmo diagnóstico propuesto en la última guía de la Sociedad Europea de Cardiología para pacientes con posible embolia pulmonar (EP) no de alto riesgo ¿cuál es la respuesta FALSA?
- A: El Dímero-D negativo descarta EP si alta probabilidad clínica
 - B: El angio-TC pulmonar normal no excluye totalmente embolia pulmonar si alta probabilidad clínica.
 - C: Una gammagrafía de ventilación/perfusión normal excluye el diagnóstico de embolia pulmonar en pacientes con alta probabilidad clínica
 - D: Un angio-TC pulmonar normal descarta embolia pulmonar si probabilidad clínica intermedia
- 21 Paciente con SCASEST de moderado riesgo, señale la respuesta FALSA en relación con el tratamiento antitrombótico:
- A: Si el paciente va a ser tratado de forma conservadora, sin coronariografía, podría ser tratado con ácido acetil salicílico más ticagrelor o clopidogrel.
 - B: El clopidogrel debe ser empleado como segundo antiagregante cuando el ticagrelor o el prasugrel no están indicados/disponibles.
 - C: Si empleamos el prasugrel, debe ser administrado a la cabecera del paciente, en el momento del diagnóstico.
 - D: En pacientes que requieren anticoagulación oral, el inhibidor P2Y-12 de elección es el clopidogrel.
- 22 Paciente de 75 años, diagnóstico previo de Miocardiopatía Dilatada no Isquémica, FEVI 45%, en tratamiento médico óptimo y clase funcional previa II. Ingresa por BAV completo, con ritmo auricular sinusal y que no recupera tras la retirada de betabloqueantes. Se considera muy probable que precise estimulación continua ¿Qué tipo de dispositivo indicaría?
- A: Marcapasos bicameral
 - B: Marcapasos monocameral ventricular
 - C: Marcapasos biventricular
 - D: Marcapasos biventricular + desfibrilador

- 23 La Mediastinitis y la Osteomielitis esternal se encuentran entre las complicaciones más graves de una esternotomía media. En este contexto señale la afirmación FALSA:
- A: Entre los microorganismos que provocan mediastinitis se encuentra el Estafilococo (aureus y epidermidis) en menos de un 20% de los pacientes.
 - B: La mayoría de los casos se producen a las dos semanas de la esternotomía.
 - C: El diagnóstico puede confirmarse con la aspiración subxifoidea con aguja, seguida de tinción de Gram y cultivo.
 - D: El microorganismo aislado suele ser resistente al antibiotico utilizado como profilaxis en el preoperatorio.
- 24 ¿Cuál es la Cardiopática congénita cianótica más frecuente en el niño?
- A: Transposición de grandes vasos
 - B: Comunicación interventricular
 - C: Comunicación interauricular
 - D: Tetralogía de Fallot
- 25 La Tensión Parietal se define como:
- A: Presión arterial sistólica media multiplicada por el volumen latido,
 - B: Presión multiplicada con el radio y dividida por el grosor de la pared x 2.
 - C: Cambio de volumen dividido por el cambio de presión (dV/dP)
 - D: Trabajo latido por tiempo de eyección.
- 26 Según la última guía de la Sociedad Europea de Cardiología, en un paciente con aneurisma de aorta ascendente y síndrome de Marfan, que presenta una progresión de 3 mm/año en su diámetro, ¿a partir de qué diámetro estaría indicada la intervención sobre el mismo?
- A: Igual o mayor de 55 mm
 - B: Igual o mayor de 50 mm
 - C: Igual o mayor de 45 mm
 - D: Igual o mayor de 40
- 27 Podemos encontrar una onda R alta en precordiales derechas en el ECG en las siguientes patologías EXCEPTO:
- A: Dextrocardia
 - B: Distrofia muscular de Duchenne
 - C: Preexcitación a través de una vía accesoria posteroseptal derecha
 - D: Infarto "posterior verdadero"
- 28 Respecto al uso de la ranolazina en el tratamiento de la angina crónica estable es CIERTO que:
- A: Dosis de 500 a 2000 mg al día no afectan la presión arterial sistémica, pero inducen un incremento significativo de la frecuencia cardíaca cercano al 10%
 - B: Los niveles plasmáticos de ranolazina se reducen con la administración concomitante de diltiazem o verapamil, por lo que puede requerirse un incremento de la dosis de ranolazina para mantener su efectividad clínica
 - C: Sus efectos antianginosos parecen ser más acentuados en paciente diabéticos con niveles más elevados de HbA1c
 - D: Su administración mejora la capacidad de esfuerzo y alarga el tiempo hasta la inducción de isquemia cuando se administra en monoterapia o junto a un betabloqueante, pero esa mejoría no se observa si se administra con amlodipino o diltiazem

29 Respecto a la comunicación interauricular es cierto:

- A: El defecto de seno venoso superior esta asociado con conexión parcial o completa de las venas pulmonares derechas con vena cava superior y/o auricula derecha.
- B: La CIA ostium secundum es el defecto más frecuente y esta localizado en la desembocadura de la vena cava superior.
- C: La CIA ostium primum, no se relaciona con malformaciones de las válvulas auriculo ventriculares
- D: El defecto seno venoso inferior está localizado en la desembocadura de la vena cava superior,

30 Varón de 80 años con antecedentes de DM tipo 2 e hipertensión arterial. Diagnosticado de miocardiopatía isquémica con disfuncion biventricular severa, en ritmo sinusal. Ingresa en el hospital por disnea progresiva y ortopnea. Su pulso venoso central es visible en el trago a 90ª, presenta hepatomegalia de 7 cm, ascitis y edemas muy importantes en extremidades inferiores. Después de 4 días de tratamiento con furosemida intravenosa a altas dosis. La TA es de 95/60, la creatinina ha aumentado de 2.1 mg/dl a 3.8 mg/dl y la urea de 75 a 350 mg/dL. El filtrado glomerular es de 12 ml /min/m2 y el K de 5.5 mmol/L. La presión venosa yugular es de 12 cm de H2O y han disminuido los edemas y la hepatomegalia. Señale la respuesta CORRECTA

- A: La reducción de la presión venosa renal es el principal factor del deterioro de la función renal.
- B: El aumento desproporcionado de la urea respecto a la creatinina es un signo de hipoperfusión renal.
- C: La ultrafiltración es la mejor opción terapéutica en este paciente pues disminuye el número de complicaciones.
- D: La mejor opción es añadir sacubitrilo-valsartan para reducir la activación neurohormonal.

31 ¿Cuál de los siguientes hallazgos en un test no invasivo o coronariografía con tomografía computarizada realizada en un paciente con angina estable CCS II lo estratifica como de alto riesgo para muerte o infarto de miocardio (riesgo superior al 3% anual)?

- A: Depresión del segmento ST igual o mayor de 2 mm con baja carga de trabajo o que persiste durante la recuperación
- B: Fracción de eyección del 35-49% en reposo que no se explica por causas no coronarias
- C: Escala CAC (Calcio en Arterias Coronarias) de 100-399 unidades Agatston
- D: Alteraciones de perfusión que afectan al 5-9.9% del miocardio en pacientes sin antecedentes o evidencias de infarto de miocardio previo

32 Tras detectar Miocardiopatía Dilatada con FEVI 45%, ¿cuál es el tratamiento inicial?:

- A: IECA o ARA2
- B: Digoxina
- C: Ivabradina
- D: Resincronización

33 Una mujer de 45 años, sometida a trasplante cardíaco desde hace 2 meses por miocardiopatía dilatada familiar, acude a revisión rutinaria. En la biopsia endomiocárdica se aprecia infiltrado linfocitario y necrosis de miocitos. Señale la afirmación INCORRECTA:

- A: La biopsia endomiocárdica es la técnica de elección para detectar esta complicación.
- B: La causa de la complicación es la preexistencia en el receptor de anticuerpos frente a los antígenos del endotelio vascular del donante.
- C: La mayoría de episodios de esta complicación tienen lugar en los primeros 6 meses tras el trasplante.
- D: El tratamiento de elección son bolos de corticoides.

- 34 ¿Qué antiarrítmico NO emplearía para el tratamiento intravenoso de una fibrilación auricular preexcitada?
- A: Procainamida
 - B: Flecainida
 - C: Ibutilide
 - D: Amiodarona
- 35 Según las Sociedades Española y Europea de Cardiología ¿Cuál es la definición de TA normal?:
- A: Cuando la TAS se encuentra entre 120-129 mmHg y la TAD entre 80-84 mmHg.
 - B: Cuando la TAS se encuentra entre 130-139 mmHg y la TAD entre 85-89 mmHg.
 - C: Cuando la TAS es inferior a 145 mmHg y la TAD es inferior 90 mmHg.
 - D: Cuando la TAS es inferior a 135 mmHg y la TAD es inferior a 85 mmHg.
- 36 La resistencia al flujo sanguíneo coronario tiene tres componentes principales. Es FALSO que:
- A: La resistencia en las arterias epicárdicas (vasos de conducción) puede reducir el flujo coronario en reposo cuando se desarrolla un estenosis fija del mayor del 90%
 - B: El componente dinámico de la resistencia al flujo se sitúa en arterias y arteriolas de la microcirculación de 20 a 400 micrómetros de diámetro
 - C: Incluso en un corazón con vasodilatación máxima la resistencia capilar no representa más del 20% de la resistencia microvascular. Una duplicación de la densidad capilar del miocardio incrementaría su perfusión máxima un 40%.
 - D: La contracción cardíaca sistólica eleva la presión hística extravascular hasta valores semejantes la presión intraventricular izquierda en el subendocardio, mientras que la presión hística se reduce en el subepicardio hasta valores cercanos a la presión pleural
- 37 Según la Organización Mundial de la Salud (WHO), de entre las siguientes condiciones, ¿cuál no supone un riesgo WHO-IV y por tanto contraindicaría la gestación en una mujer con cardiopatía?:
- A: Fracción de eyección menor del 30% y clase funcional NYHA III o IV.
 - B: Miocardiopatía periparto previa con cualquier grado de disfunción sistólica ventricular izquierda residual.
 - C: Estenosis mitral severa.
 - D: Síndrome de Marfan con aorta ascendente de 40 mm
- 38 Con respecto a la fase de relajación isovolumétrica del ciclo cardíaco señale la respuesta FALSA:
- A: Se extiende desde el segundo tono aórtico hasta el punto de cruzamiento entre las presiones ventricular y auricular izquierdas.
 - B: La relajación isovolumétrica está disminuida cuando aumenta la velocidad de captación del calcio hacia el interior del retículo sarcoplásmico.
 - C: La velocidad de relajación isovolumétrica no se puede medir si no es con técnicas invasivas o con DOPPLER.
 - D: La relajación isovolumétrica puede estar aumentada en respuesta a la estimulación beta-adrenérgica.
- 39 En pacientes con WPW asintomático a los que se les realiza un EEF para estratificación, son criterios de riesgo los siguientes hallazgos EXCEPTO
- A: Mínimo RR entre latidos pre-excitados <250 ms en fibrilación auricular inducida
 - B: Presencia de más de una vía accesoria
 - C: No inducción de arritmias
 - D: Periodo refractario anterógrado de la vía <240 ms

- 40 La calculadora de la Sociedad Europea de riesgo de muerte súbita en miocardiopatía hipertrófica NO incluye
- A: Edad
 - B: Diámetro de la aurícula izquierda
 - C: Hipotensión con el ejercicio en prueba de esfuerzo
 - D: TV no sostenidas documentadas
- 41 Qué combinación de parámetros hemodinámicos caracteriza al shock cardiogénico:
- A: Hipotensión pronunciada mantenida (<90 mmHg) persistente (>30 min), reducción de índice cardiaco ($IC < 2,2$ l/min/m²) y presión de llenado ventricular elevada (presión de enclavamiento capilar pulmonar, PCP >18 mmHg)
 - B: Hipotensión pronunciada mantenida (<90 mmHg) persistente (>30 min), aumento de índice cardiaco ($IC > 2,2$ l/min/m²) y presión de llenado ventricular elevada (presión de enclavamiento capilar pulmonar, PCP >18 mmHg)
 - C: Hipotensión pronunciada mantenida (<90 mmHg) persistente (>30 min), reducción de índice cardiaco ($IC < 2,2$ l/min/m²) y presión de llenado ventricular disminuída (presión de enclavamiento capilar pulmonar, PCP <18 mmHg)
 - D: Hipotensión pronunciada mantenida (<90 mmHg) persistente (>30 min), aumento de índice cardiaco ($IC > 2,2$ l/min/m²) y presión de llenado ventricular disminuída (presión de enclavamiento capilar pulmonar, PCP <18 mmHg)
- 42 Señale la respuesta FALSA en relación con la resonancia magnética cardiaca:
- A: En pacientes afectos de miocarditis es característico el realce tardío de gadolinio en zona subendocárdica lateral.
 - B: En pacientes con sospecha diagnóstica de miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, el hallazgo de infiltración grasa del ventrículo derecho como hallazgo aislado tiene una especificad limitada para su diagnóstico.
 - C: En pacientes enfermos de miocardiopatía hipertrófica la detección de realce tardío se correlaciona con mayor riesgo de arritmias ventriculares.
 - D: En un paciente con una miocardiopatía dilatada de reciente diagnóstico, la ausencia de realce tardío de gadolinio hace muy improbable la cardiopatía isquémica como causa de la disfunción ventricular.
- 43 Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la HTA:
- A: Los beneficios del tratamiento se derivan principalmente de la reducción de la Presión Arterial en sí, no del tipo de fármaco.
 - B: Las principales clases de fármacos antihipertensivos (diuréticos, IECA, antagonistas del calcio, ARA-II y bloqueadores beta) se diferencian significativamente en su eficacia como hipotensores.
 - C: Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de grado 3 independientemente del riesgo cardiovascular o con hipertensión de grados 1-2 que tengan un riesgo cardiovascular muy alto (indicación tipo I).
 - D: Se recomienda de forma global una PAS < 140 mmHg y una PAD < 90 mmHg en todos los pacientes hipertensos tratados de menos de 60 años (indicación tipo I).
- 44 Si Shock Cardiogénico secundario a Insuficiencia Aórtica Severa por Endocarditis, las siguientes son ciertas EXCEPTO:
- A: La extracción de hemocultivos no debe demorar el inicio de la antibioterapia
 - B: Los hemocultivos se deben obtener de vena periférica y no de catéter central
 - C: El desarrollo de bloqueo AV es sospechoso de absceso perianular
 - D: Es candidato a cirugía aunque se establezca la situación hemodinámica

- 45 En la Valoración ecocardiográfica de la función del ventrículo derecho (VD), las siguientes medidas indican disfunción sistólica EXCEPTO:
- A: Un índice de TEI o índice de "performance" miocárdico de ventrículo derecho $<0,43$ por Doppler PW y $<0,54$ por TDI indican disfunción de ventrículo derecho
 - B: Un TAPSE menor de 17 mm es altamente significativo de disfunción sistólica de VD.
 - C: Un cambio fraccional de área $<$ de 35% indica disfunción sistólica de VD
 - D: Una Velocidad de S' por doppler tisular medida en la pared libre de VD menor de 9,6 cm/s indica disfunción sistólica de VD
- 46 El Doppler tisular a nivel miocárdico registra señales de:
- A: Alta velocidad y baja amplitud
 - B: Baja velocidad y baja amplitud
 - C: Baja velocidad y alta amplitud
 - D: Alta velocidad y alta amplitud
- 47 Todas las afirmaciones siguientes sobre la Enfermedad de Kawasaki son ciertas EXCEPTO una. Indique cuál es.
- A: La causa de la Enfermedad de Kawasaki no es conocida
 - B: Hasta un 20% de los pacientes desarrollan aneurismas de las arterias coronarias
 - C: La máxima incidencia de esta enfermedad se produce entre los 5 y los 10 años de edad
 - D: Se recomienda su tratamiento inicial con ácido acetilsalicílico e inmunoglobulinas intravenosas
- 48 Mujer oriental de 25 años. Sin antecedentes de interés. Angina estable. En la coronariografía, lesión severa en el ostium de coronaria izquierda, resto sin lesiones. En la exploración destacan febrícula, diferencia tensión de 20 mmHg entre los brazos y ausencia de pulsos en las piernas
- A: Anomalía coronaria congénita
 - B: Arteritis de Takayasu
 - C: Arteritis de Células Gigantes
 - D: Arteriosclerosis generalizada
- 49 Paciente valorado en urgencias por dolor torácico y con sospecha de SCASEST, se realiza ECG. Señale la respuesta FALSA:
- A: La presencia de ondas T negativas indican peor pronóstico.
 - B: El número de derivaciones que muestran descenso del segmento ST y la magnitud del descenso se correlacionan con la extensión de la isquemia y con el pronóstico.
 - C: Un descenso del segmento ST confiere peor pronóstico.
 - D: Descensos del ST con ascenso transitorio del segmento ST identifican un paciente de elevado riesgo.
- 50 En las siguientes Endocarditis se debe valorar Cirugía Precoz EXCEPTO:
- A: Insuficiencia mitral severa con insuficiencia cardiaca refractaria
 - B: Absceso perianular
 - C: Vegetación de >10 mm tras varios episodios embólicos repetidos y tratamiento antimicrobiano óptimo
 - D: Hemorragia intracraneal secundaria a aneurisma micótico

- 51 En la Unidad Especializada de Tabaquismo dentro de los programas de Rehabilitación Cardíaca el método más utilizado para valorar el grado de dependencia física a la nicotina es el test de:
- A: Goldberg
 - B: Beck
 - C: Fagerström
 - D: Zung
- 52 La nefropatía por contraste se define como:
- A: Elevación transitoria de la creatinina superior al 25% por encima de los valores basales o por una elevación absoluta superior a 0.5 mg/dl.
 - B: Elevación transitoria de la creatinina superior al 30% por encima de los valores basales o por una elevación absoluta superior a 0.75 mg/dl.
 - C: Elevación transitoria de la creatinina superior al 35% por encima de los valores basales o por una elevación absoluta superior a 1 mg/dl.
 - D: Elevación transitoria de la creatinina superior al 40% por encima de los valores basales o por una elevación absoluta superior a 0.75 mg/dl.
- 53 El implante de una válvula aórtica percutánea (TAVI) es una alternativa a la sustitución valvular aórtica quirúrgica en determinados pacientes con estenosis aórtica severa sintomática, señale la respuesta FALSA
- A: En pacientes menores de 75 años y de bajo riesgo quirúrgico, la cirugía es la técnica de referencia
 - B: En pacientes con riesgo quirúrgico alto, la mortalidad de la técnica TAVI es igual o inferior a la cirugía convencional.
 - C: En pacientes de riesgo quirúrgico intermedio, la mortalidad de la técnica TAVI es no inferior o incluso menor a la cirugía convencional de recambio valvular cuando el acceso transfemoral es posible.
 - D: El implante de TAVI se relaciona con una mayor incidencia de ACV respecto a la cirugía convencional.
- 54 En cuanto a los hallazgos hemodinámicos en el diagnóstico diferencial entre el taponamiento cardiaco y la pericarditis constrictiva, cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta:
- A: El pulso paradójico, definido como la caída mayor de 10 mmHg en la presión sistólica sistémica durante la inspiración, está habitualmente presente en el taponamiento cardiaco y puede aparecer en la pericarditis constrictiva
 - B: El aumento de la presión venosa sistémica durante la inspiración (signo de Kussmaul) está habitualmente presente tanto en el taponamiento cardiaco como en la pericarditis constrictiva
 - C: Las presiones de llenado intracavitarias derechas e izquierdas elevadas e iguales están habitualmente presentes tanto en el taponamiento cardiaco como en la pericarditis constrictiva
 - D: El pulso paradójico puede no estar presente en determinados casos de taponamiento cardiaco que asocian presiones y/o volúmenes diastólicos preexistentes elevados
- 55 Varón de 64 años con angina estable y enfermedad de tres vasos con afectación de la Descendente Anterior Proximal y lechos pontables en todos los territorios. Su riesgo de muerte a los 30 días con Cirugía de Derivación Aorto Coronaria (CDAC) calculado mediante el "score" STS (Society of Thoracic Surgeons) es del 0.9%. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?
- A: La revascularización coronaria con CDCA o ICP (Intervencionismo Coronario Percutáneo) obtiene resultados a corto y largo plazo equivalentes, No tiene utilidad calcular su score SYNTAX
 - B: Si su SYNTAX score es mayor de 32 se considerará la ICP como técnica de revascularización preferible
 - C: Si su SYNTAX score es igual o inferior a 22 ambas técnicas pueden considerarse equivalentes en sus resultados y la decisión final dependerá de la preferencia del paciente y experiencia de los equipos intervencionistas y quirúrgicos
 - D: Si su SYNTAX score está entre 23 y 32 se preferirá la CDAC con injerto mamaria interna izquierda sobre la Descendente Anterior e ICP sobre el resto de los vasos.

- 56 Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al síncope cardiovascular es FALSA:
- A: La anamnesis y exploración física es lo más importante tras un episodio sincopal y permite identificar la causa en más del 25 % de los casos.
 - B: Las causas cardíacas más frecuentes del síncope cardíaco son las taquiarritmias y bradiarritmias, ya que suponen el 10-20 % de los episodios.
 - C: La mayoría de los pacientes con síncope presentarán un ECG anormal.
 - D: El síncope producido durante el ejercicio es indicativo de causa cardíaca.
- 57 Cual de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al síncope cardiovascular:
- A: La causa más frecuente de hipotensión ortostática es yatrogénica por fármacos que causan hipovolemia o vasodilatación.
 - B: Los jóvenes son especialmente susceptibles a padecer los efectos hipotensores de los fármacos por menor sensibilidad de los barorreceptores.
 - C: La recuperación de una conducta y una orientación adecuadas después de un episodio sincopal suele ser inmediata.
 - D: La amnesia retrógrada puede observarse en ancianos con síncope.
- 58 Sobre qué principio ético enfatizan las últimas recomendaciones en cuanto al abordaje de la resucitación y decisiones al final de la vida:
- A: Principio de beneficencia
 - B: Principio de autonomía
 - C: Principio de no maleficencia
 - D: Principio de justicia
- 59 Durante la evaluación de los posibles riesgos y beneficios del tratamiento intervencionista percutáneo versus el uso de la cirugía de revascularización en la enfermedad coronaria estable, cuál de los siguientes factores NO se considera un factor de riesgo específico a tener en cuenta:
- A: La función ventricular izquierda
 - B: El pretratamiento antiagregante en monoterapia con AAS 100 mgrs al día
 - C: La extensión del miocardio en riesgo
 - D: La morfología de la lesión coronaria
- 60 En los pacientes con insuficiencia mitral primaria crónica severa asintomáticos, la aparición de los siguientes criterios ecocardiográficos y clínicos durante el seguimiento se consideran predictores de eventos adversos y, por lo tanto, son recomendación actual de cirugía valvular EXCEPTO uno:
- A: Diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) ≥ 45 mm y/o fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $\leq 60\%$
 - B: Diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) < 45 mm junto a fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $> 60\%$ y aparición de fibrilación auricular
 - C: Diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) < 45 mm junto a fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $> 60\%$ e incremento en la presión sistólica pulmonar durante la ecografía de estrés de ejercicio por encima de 50 mmHg
 - D: Diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) ≥ 40 mm y ≤ 44 mm y volumen de aurícula izquierda ≥ 60 mL/m² (indexada según superficie de área corporal) en ritmo sinusal, siempre que la cirugía de reparación se prevea plausible, duradera y de bajo riesgo

61. ¿Cuál de las siguientes pruebas de esfuerzo presenta la MENOR ESPECIFICIDAD en el diagnóstico de EAC estable atendiendo a la media ponderada de los estudios o ensayos individuales disponibles?
- A: SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) con adenosina
 - B: Ecocardiografía con dobutamina
 - C: ECG de esfuerzo
 - D: SPECT de esfuerzo
62. En relación con la anticoagulación en el SCASEST, señale la respuesta FALSA:
- A: El fondaparinux es el anticoagulante con el mejor perfil de seguridad-eficacia y está indicado tanto en pacientes con manejo invasivo como conservador.
 - B: En pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (estadio 5) la enoxaparina no debe ser empleada.
 - C: En pacientes bajo tratamiento con fondaparinux que son sometidos a angioplastia coronaria es recomendable administrar un bolo de heparina no fraccionada intravenosa durante el procedimiento.
 - D: Los pacientes bajo tratamiento con enoxaparina que son sometidos a angioplastia coronaria deben recibir un bolo de heparina no fraccionada intravenosa durante el procedimiento.
63. En la Amiloidosis AL, las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO:
- A: Tiene muy buen pronóstico, con supervivencia similar a la población general
 - B: Suele haber afectación extracardiaca
 - C: El ecg frecuentemente muestra bajos voltajes
 - D: Puede causar insuficiencia cardiaca derecha
- 64.Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el uso de la capnografía para la monitorización de un paciente durante las maniobras de resucitación cardiaca:
- A: Es la monitorización continua de la presión parcial de dióxido de carbono (CO₂) exhalado por el paciente a lo largo del tiempo
 - B: Es un técnica invasiva
 - C: Es una recomendación actual durante el soporte vital avanzado (SVA)
 - D: Es una técnica que estima el grado de perfusión tisular del paciente durante el masaje cardiaco
65. Respecto a las complicaciones de un cateterismo cardíaco diagnóstico es CIERTO que :
- A: La mortalidad oscila entre 1 y 2% según la población estudiada
 - B: En un paciente que tras un cateterismo femoral presenta hipotensión inexplicada, dolor en la espalda o en fosa iliaca debe sospecharse trombosis oclusiva de la arteria femoral
 - C: El riesgo de complicaciones neurológicas se halla entre el 0.03 y el 0.2%
 - D: En las reacciones anafilactoides graves a contraste yodado se debe administrar adrenalina intravenosa a dosis de 5 microgramos/minuto
66. Con respecto a la fisiología cardíaca cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:
- A: La activación del sistema nervioso simpático en la insuficiencia cardíaca se acompaña de la activación concomitante del sistema nervioso parasimpático.
 - B: En la insuficiencia cardíaca se produce una inhibición del sistema renina-angiotensina (SRA).
 - C: La angiotensina II ayuda a eliminar Na y agua por múltiples mecanismos renales.
 - D: En la insuficiencia cardíaca se activan varios sistemas neurohormonales con el fin de compensar los efectos perjudiciales de las neurohormonas vasoconstrictoras.

- 67 En pacientes con patrón ECG Brugada tipo I o II, asintomático consideraría como opción más adecuada
- A: Realizar un EEF para estratificar el riesgo arrítmico si el paciente presenta patrón tipo I espontáneo
 - B: Realizar un EEF para estratificar el riesgo arrítmico si el paciente presenta patrón tipo I provocable
 - C: Realizar un test de ajmalina o flecainida si no hay constancia de patrón tipo I espontáneo
 - D: Realizar un test de ajmalina o flecainida si el paciente presenta patrón tipo I espontáneo
- 68 Seleccione la recomendación con mayor grado (I) en el manejo agudo de pacientes con taquicardia ventricular
- A: Administración de amiodarona IV en paciente con TV inestable que recurre tras cardioversión / desfibrilación
 - B: Administración de procainamida en paciente con TV monomórficas hemodinámicamente estable
 - C: Administración de amiodarona IV en pacientes con TV monomórfica hemodinámicamente estable
 - D: Administración de magnesio IV en pacientes con TV polimórfica no asociada a QT largo
- 69 Señale la respuesta FALSA en relación con la estenosis aórtica:
- A: Una estenosis aórtica con área estimada $<1.0 \text{ cm}^2$ y gradiente medio mayor de 40 mmHg, descartando situaciones de alto flujo, es de grado severo.
 - B: En un paciente con área valvular estimada $<1.0 \text{ cm}^2$, gradiente medio $<40 \text{ mmHg}$ y fracción de eyección del ventrículo izquierdo $<50\%$, con volumen latido indexado menor o igual a 35 ml/m^2 , es recomendable realizar una eco-dobutamina para diferenciar una verdadera estenosis aórtica de una pseudoestenosis aórtica.
 - C: Paciente con área valvular $<1.0 \text{ cm}^2$, gradiente medio $<40 \text{ mmHg}$, fracción de eyección mayor del 50% y volumen latido indexado de 28 ml/m^2 . En este paciente sería de utilidad estimar el grado de calcificación valvular aórtico mediante TAC multidetector para definir la severidad de la estenosis aórtica.
 - D: Paciente con área valvular aórtica $<1 \text{ cm}^2$, gradiente medio aórtico $<40 \text{ mmHg}$, fracción de eyección mayor de 50% y volumen latido indexado de 52 ml/m^2 , este paciente presentara casi siempre estenosis aórtica de grado severo.
- 70 NO es indicación establecida (tipo I o IIa) de ablación con catéter o quirúrgica de fibrilación auricular
- A: Fibrilación auricular paroxística sintomática refractaria a tratamiento con antiarrítmicos tipo I o III
 - B: Fibrilación auricular sintomática persistente en paciente que va a ser sometido a cirugía sobre válvula mitral
 - C: Fibrilación auricular paroxística sintomática en paciente no tratado previamente con fármacos antiarrítmicos tipo I o III
 - D: Fibrilación auricular asintomática
- 71 Señale la respuesta FALSA respecto a la evaluación del calcio arterial coronario mediante tomografía computarizada cardíaca:
- A: Puede ser útil en pacientes asintomáticos para evaluar el riesgo clínico de incidencia de cardiopatía isquémica, mas allá de lo predecible por los factores de riesgo estándar.
 - B: La ausencia de calcificación coronaria (puntuación de 0) se asocia a una probabilidad muy baja de sufrir eventos coronarios a 4 años.
 - C: Para una puntuación de calcio similar, los pacientes con mas coronarias calcificadas tienen peor pronostico que aquellos que presentan menos vasos coronarios calcificados.
 - D: Los pacientes con lesiones coronarias con calcificación parcheada/moteada (focos pequeños de tamaño $<3 \text{ mm}$) presentan menor riesgo clínico que aquellos con lesiones coronarias con calcificación extensa y difusa.

- 72 Uno de los siguientes fármacos está formalmente contraindicado durante el embarazo, señalelo:
- A: Digoxina
 - B: Heparinas de bajo peso molecular
 - C: Estatinas
 - D: Acido acetil salicílico.
- 73 Con respecto a la Miocardiopatía Hipertrófica, las siguientes son ciertas EXCEPTO:
- A: Se aconseja ergometría para descartar coronariopatía si angina estable de moderado o gran esfuerzo
 - B: La coronariografía está indicada si angina grado III de pequeño esfuerzo
 - C: En los pacientes con síncope no explicado está indicada la monitorización electrocardiográfica ambulatoria
 - D: El ímplate de desfibrilador puede estar indicado en pacientes jóvenes con múltiples marcadores de riesgo arrítmico
- 74 En relación con la estenosis aórtica, señale la respuesta FALSA:
- A: Las causas más frecuentes de estenosis aórtica valvular son la válvula bicúspide con calcificación superpuesta, la degeneración y calcificación de una válvula trivalva y las enfermedades reumáticas.
 - B: La estenosis calcificada aórtica del envejecimiento comparte factores de riesgo comunes con la calcificación del anillo mitral.
 - C: La cirugía de sustitución valvular aórtica, es la segunda en frecuencia, por detrás de la cirugía sobre la válvula mitral.
 - D: La mortalidad quirúrgica de sustitución y reparación valvular aórtica aislada (sin by-pass) a 30 días se encuentra en torno al 3.2%.
- 75 ¿Cuál de las siguientes características NO está presente en la pre-excitación tipo Mahaim?
- A: Taquicardia de QRS ancho
 - B: Mayor grado de pre-excitación con estimulación auricular a frecuencia creciente
 - C: Conducción anterógrada con propiedades decrementales
 - D: Conducción retrógrada por el haz de Mahaim
- 76 Podemos encontrar una onda J en el ECG en las siguientes situaciones EXCEPTO:
- A: Hipotermia
 - B: Hipopotasemia
 - C: Síndrome de Brugada
 - D: Síndrome repolarización precoz
- 77 Con respecto a la Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva que desarrolla Fibrilación Auricular, las siguientes son ciertas EXCEPTO:
- A: La digoxina debe ser considerada como primera opción para el control de frecuencia
 - B: Se debe valorar la anticoagulación con antivitamina K
 - C: Si es difícil mantener en rango terapéutico con antivitamina K se debe valorar el empleo de inhibidor directo del factor X o de la trombina
 - D: El inicio frecuentemente se acompaña de empeoramiento sintomático

78. Cuál de las siguientes recomendaciones en relación al tratamiento antiagregante plaquetario con inhibidores del receptor P2Y12 añadido a 75-100 mgrs de aspirina en los pacientes con síndrome coronario agudo, es FALSA:
- A: El pretratamiento con un inhibidor del receptor P2Y12 está generalmente recomendado en aquellos pacientes con anatomía coronaria conocida y decisión de intervencionismo coronario
 - B: El pretratamiento con un inhibidor del receptor P2Y12 está generalmente recomendado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST e indicación de angioplastia primaria
 - C: El pretratamiento con el inhibidor del receptor P2Y12 en pacientes con estrategia terapéutica conservadora inicial está recomendado con dosis de carga de 180 mgrs de ticagrelor
 - D: El pretratamiento con un inhibidor del receptor P2Y12 en los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST tratados con fibrinólisis, está recomendado con dosis de carga de 600 mgrs de clopidogrel en personas menores de 75 años
79. Respecto a las anomalías congénitas de las arterias coronarias, el signo del botón o de la raíz aórtica que se visualiza en la ventriculografía izquierda en OAD es típico de:
- A: Origen anómalo de la coronaria derecha del seno coronario izquierdo
 - B: Origen anómalo de la circunfleja del seno coronario derecho
 - C: Origen anómalo de la coronaria izquierda del seno coronario derecho
 - D: Origen anómalo de la descendente anterior del seno coronario derecho
80. En un registro de taquicardia de QRS estrecho sugieren taquicardia auricular como mecanismo de la arritmia los siguientes hallazgos en el ECG EXCEPTO
- A: Aparición de bloqueo auriculo-ventricular con persistencia de la taquicardia en aurícula
 - B: Al inicio, fenómeno de calentamiento
 - C: Intervalo VA fijo en presencia de intervalos RR variables
 - D: Cambios en el intervalo RR precedidos por cambios en el intervalo PP
81. En un paciente con IAM con elevación del segmento ST inferior complicado con shock cardiogénico, la aparición de los signos de Kussmaul (aumento de la presión venosa yugular en la inspiración) y el pulso paradójico (caída de la presión >10 mmHg en la inspiración) en ausencia de edema pulmonar, tienen un valor altamente predictivo de:
- A: Afectación ventricular derecha
 - B: Rotura del septo interventricular basal
 - C: Rotura del músculo papilar posteromedial mitral
 - D: Seudoaneurisma ventricular inferobasal
82. En los pacientes con estenosis mitral severa sintomática, cuál de las siguientes condiciones NO se considera una contraindicación del tratamiento mediante valvuloplastia percutánea con balón:
- A: Área mitral >1.5 cm²
 - B: Calcificación bicomisural
 - C: Fusión bicomisural
 - D: Presencia de trombo en la orejuela izquierda
83. El test de vasorreactividad en la hipertensión pulmonar:
- A: Se debe realizar en todos los pacientes con hipertensión pulmonar severa, independientemente de su etiología.
 - B: Permite identificar a los pacientes con hipertensión arterial pulmonar que pueden ser tratados con altas dosis de calcioantagonistas.
 - C: Se realiza con antagonistas del calcio intravenosos.
 - D: Está especialmente indicado en los pacientes con Hipertensión pulmonar del grupo 3.

- 84 Señale la respuesta CORRECTA en relación a los fibroelastomas papilares:
- A: No se recomienda su resección en pacientes asintomáticos
 - B: A pesar de lograr una resección completa, es muy frecuente la recidiva local.
 - C: En las imágenes de ecocardiografía, presentan un núcleo pequeño, pedunculado, móvil, de gran ecogenicidad, que permite distinguirlos de las vegetaciones y de los trombos.
 - D: Su localización más frecuente es la válvula mitral.
- 85 La Valvula tricúspide está constituida por las siguiente valvas
- A: Anterior, posterior y septal
 - B: Anterior, lateral y medial
 - C: Septal, lateral y posterior.
 - D: Derecha, izquierda y posterior
- 86 En un paciente joven de 35 años, afroamericano, que debuta con bloqueo AV completo , y que además presenta arritmias ventriculares frecuentes , el diagnóstico más probable es:
- A: Lupus sistémico
 - B: Amiloidosis cardíaca
 - C: Sarcoidosis cardíaca
 - D: Cardiopatía carcinoide
- 87 En el registro intracavitario de un bloqueo auriculo-ventricular completo suprahisiano
- A: La onda P no va seguida de registro His pero cada complejo ventricular va precedido de His
 - B: La onda P va seguida de registro His
 - C: La onda P no va seguida de registro His y los complejos ventriculares no van precedidos de registro His
 - D: Ninguna de las anteriores
- 88 En un paciente de 67 años con antecedentes de HTA, dislipemia, ictus isquémico hace 5 meses, que debuta con dolor torácico de perfil isquémico, de inicio hace 90 minutos y en el ECG elevación del ST anterior, que se encuentra en un centro sin capacidad de realizar ICP primaria y la demora prevista entre el diagnóstico de SCACEST y el paso de guía es de 140 minutos , ¿ cuál sería su estrategia de reperfusión?
- A: Fibrinólisis y traslado inmediato a centro de ICP
 - B: Estrategia de angioplastia primaria con traslado a centro de ICP
 - C: Fibrinólisis y traslado a centro de ICP si no existen criterios de reperfusión a los 60 minutos
 - D: Anti-GP IIa/ III b + doble antiagregación y traslado a centro de ICP
- 89 Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al Síndrome de Apnea e Hipopnea del Sueño (SAHS) y las enfermedades cardíológicas:
- A: Para diagnosticar SAHS, una persona debe tener un índice de apneas-hipopneas (IAH) > 5 asociado a excesiva somnolencia diurna no explicada por otra causa.
 - B: El SAHS aumenta el riesgo de sufrir arritmias cardíacas nocturnas, en particular fibrilación auricular, hasta cuatro veces en comparación con la población normal.
 - C: El tratamiento de las apneas con CPAP mejora tanto las apneas como la clínica y se asocia a una disminución del riesgo de enfermedad coronaria.
 - D: El SAHS influye en la enfermedad cardiovascular si bien no hay evidencias que puedan considerarle como un factor de riesgo cardiovascular.

- 90 En relación al tratamiento de la pericarditis idiopática aguda no complicada, cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta:
- A: La mayor parte de los pacientes responden completamente al tratamiento con un AINE (antiinflamatorio no esteroideo) pasados 10-14 días de su inicio
 - B: El uso de colchicina como parte del tratamiento inicial, junto a tratamiento con AINES, mejora la respuesta y reduce la probabilidad de recurrencia
 - C: Ante una mala respuesta clínica al tratamiento con AINES y colchicina, el uso de ciclos cortos de dosis altas de corticosteroides con una reducción rápida es preferible a dosis inicialmente menores con una reducción gradual, ya que se asocia con un menor número de recurrencias posteriores
 - D: Los pacientes con pequeños derrames pericárdicos que responden bien al primer tratamiento con AINES no precisan de ingreso hospitalario
- 91 ¿Qué tipo de paciente NO consideraría en principio posible candidato a la implantación de un desfibrilador subcutáneo?
- A: Paciente con dificultad de acceso vascular
 - B: Paciente con Taquicardia Ventricular en las que se pueda anticipar buena respuesta a la estimulación anti-taquicardia
 - C: Paciente con alto riesgo de bacteriemia
 - D: Paciente sin necesidad anticipada de estimulación anti-bradicardia
- 92 Respecto al tratamiento percutáneo de las fugas paravalvulares en prótesis cardíacas quirúrgicas es FALSO que:
- A: Las fugas sintomáticas por hemólisis o insuficiencia cardíaca se observan con mayor frecuencia en la válvula mitral
 - B: La reintervención quirúrgica para la corrección de la fuga se asocia a una morbimortalidad considerable, pero el riesgo de fuga recurrente es bajo
 - C: La primera opción terapéutica a considerar en muchos pacientes, adecuadamente seleccionados, es el tratamiento médico
 - D: El cierre percutáneo de la fuga guiado por ecografía transesofágica tridimensional con dispositivos específicos por su tamaño y forma es efectivo, pero puede acentuar inicialmente la severidad de la hemólisis si el cierre de la fuga es sólo parcial
- 93 Varón de 58 años con miocardiopatía isquémica (FE 25%), con clínica de disnea NYHA III, tratado con lisinopril, carvedilol, eplerenona, furosemida, aspirina y atorvastatina. ECG en Ritmo sinusal y BRI. Con QRS 160 msg. Se considera la implantación de un marcapasos biventricular. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la terapia de resincronización ES CORRECTA:
- A: En este paciente no hay indicación de resincronización.
 - B: La resincronización reduce la mortalidad en los pacientes con IC y NYHA III-IV sólo si se asocia a desfibrilador implantable.
 - C: La respuesta clínica esperada a la resincronización sería la misma si el paciente tuviera una anchura de QRS 120-130 msg.
 - D: Las medidas de ecocardiográficas de asincronía no son necesarias para decidir la implantación de un marcapasos resincronizador.

- 94 Mujer de 70 años con Hipertensión arterial de larga evolución y Fibrilación auricular permanente que acude a Urgencias por disnea progresiva, ortopnea y edemas en extremidades inferiores. Tratamiento habitual con acenocumarol, bisoprolol e hidroclorotiazida. La exploración muestra TA 150/90, FC 90 lpm, 20 rpm. La PVY es de 20 cm de H₂O. AC arritmica sin soplos. AP: Crepitantes en bases. Edemas en ambos tobillos. ECG con signos de hipertrofia ventricular izquierda. En la Rx tórax silueta cardiaca normal, derrame pleural bilateral y edema intersticial ligero. El ecocardiograma muestra hipertrofia concéntrica ventricular izquierda y FE de 70%. Señale la afirmación correcta:
- A: Esta indicado añadir IECA al tratamiento para reducir la mortalidad.
 - B: La expectativa de vida de la paciente es similar a la de la población general.
 - C: Es previsible que una determinación de pro-BNP en esta paciente esté elevada pero menos que si su FE estuviera reducida.
 - D: El uso de ivabradina puede ayudar a controlar la frecuencia cardiaca y mejorar la sintomatología del paciente.
- 95Cuál de las siguientes respuestas NO ES CIERTA respecto al Síndrome de DiGeorge
- A: Se hereda con patrón autosómico recesivo.
 - B: Se produce por una Delección en el cromosoma 22.
 - C: Puede asociarse a tetralogía de Fallot.
 - D: Se suele asociar a anomalías velopalatinas.
- 96 En un paciente que presenta un SCACEST al que se implanta un stent farmacoactivo, que además presenta indicación para anticoagulación oral con riesgo hemorrágico alto, ¿ cuál sería su recomendación más apropiada acerca de la triple terapia?
- A: Triple terapia con AAS+ clopidogrel durante 6 meses
 - B: Triple terapia con AAS+ ticagrelor durante 1 mes
 - C: Triple terapia con AAS + clopidogrel durante 12 meses
 - D: Triple terapia con AAS + clopidogrel durante 1 mes
- 97 Con respecto al tratamiento de la DM-2 cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:
- A: Se recomienda AAS 75-162 mg en todos los pacientes diabéticos tipo 2 con indicación tipo I.
 - B: Los IECAs o ARAII son el tratamiento de elección para la HTA del paciente diabético.
 - C: Los betabloqueantes y las tiazidas no son recomendables en pacientes hipertensos con alto riesgo de desarrollo de diabetes.
 - D: Se recomienda tratamiento con estatinas a todo paciente diabético tipo 2 con edad > 40 años para disminuir el riesgo cardiovascular.
- 98 La Miocardiopatía Dilatada Periparto, las siguientes son ciertas EXCEPTO:
- A: El diagnóstico requiere la exclusión de otra causas de disfunción sistólica
 - B: Se presenta durante el embarazo o posparto
 - C: Se puede beneficiar del tratamiento de disfunción sistólica
 - D: La disfunción sistólica es irreversible
- 99 En el tratamiento de la estenosis aórtica, ¿cuál de los siguientes factores favorece la cirugía de recambio valvular frente al implante percutáneo transcatóter de una prótesis biológica (TAVI)?
- A: Un STS score (Society of Thoracic Surgeons) igual o mayor del 4%
 - B: Irradiación torácica terapéutica previa con secuelas
 - C: Fragilidad del paciente
 - D: Ninguno de los anteriores

- 100 Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al riesgo quirúrgico del paciente cardiópata sometido a cirugía no cardíaca:
- A: El pronóstico del paciente cardiópata sometido a cirugía no cardíaca es excelente cuando su capacidad funcional es buena, incluso en presencia de cardiopatía isquémica u otros factores de riesgo.
 - B: No se recomienda realizar ECG preoperatorio sistemáticamente a pacientes sin factores de riesgo y programados para cirugía de riesgo bajo.
 - C: El empleo perioperatorio de nitroglicerina oral o intravenosa es recomendado en pacientes con cardiopatía isquémica para disminuir el riesgo de eventos coronarios al mejorar los parámetros hemodinámicos.
 - D: En pacientes con estenosis aórtica sintomática se debe considerar el reemplazo de la válvula aórtica antes de la cirugía electiva.
- 101 En la auscultación cardíaca de un paciente de 58 años se aprecia un ruido extra inmediatamente después del segundo ruido. Cuál de las siguientes NO es una posible causa del mismo:
- A: Estenosis mitral.
 - B: Válvula aórtica bicúspide.
 - C: Disfunción sistólica ventricular izquierda.
 - D: Pericarditis constrictiva.
- 102 ¿Cuál de los siguientes afirmaciones comparativas entre la Cirugía de Derivación Aorto Coronaria (CDAC) con y sin Circulación Extracorpórea (CEC) es FALSA?
- A: La CDAC sin CEC reduce la incidencia de hemorragia postoperatoria y la necesidad de transfusión
 - B: La CDAC sin CEC reduce la necesidad de revascularización coronaria precoz
 - C: La CDAC con CEC aumento el riesgo de lesión renal aguda
 - D: La mortalidad de la CDAC a los 30 días es semejante con y sin CEC
- 103 El mecanismo que mejor explica las arritmias ventriculares en pacientes con síndrome de QT largo adquirido es
- A: Automatismo anormal
 - B: Actividad desencadenada por post-potenciales precoces
 - C: Microrreentrada
 - D: Actividad desencadenada por post-potenciales tardíos
- 104 En relación a los tumores cardíacos secundarios, señale la respuesta FALSA:
- A: Las metástasis cardíacas suelen asentar en el pericárdico.
 - B: En los varones, el cáncer que más frecuentemente metastatiza en el corazón es el de pulmón.
 - C: En las mujeres, el cáncer que más frecuentemente metastatiza en el corazón es el de mama.
 - D: El tumor que con mayor frecuencia se extiende hasta la aurícula derecha a través de la vena cava inferior es el carcinoma de células renales.

- 105** En el proceso de la toma de decisión del tratamiento intervencionista en las estenosis arteriales coronarias estables, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:
- A: La evaluación fisiológica de una estenosis coronaria se realiza mediante el cálculo del cociente entre las presiones distal y proximal a la misma, dentro de una determinada arteria coronaria y en situación de máxima hiperemia
 - B: El tratamiento intervencionista guiado por el cálculo de la reserva fraccional de flujo (FFR) ha demostrado ventajas en términos de morbilidad pero no de mortalidad frente al uso exclusivo de la angiografía
 - C: El cálculo de la reserva fraccional de flujo (FFR) con guía de presión intracoronaria permite realizar una evaluación funcional de una estenosis coronaria ya que su resultado se correlaciona muy bien con el grado de isquemia detectado en la gammagrafía isotópica
 - D: El punto de corte de la reserva fraccional de flujo (FFR) por debajo del cual la estenosis coronaria se considera funcionalmente significativa es $\leq 0,8$
- 106** Respecto a la manometría de las cavidades cardíacas en un cateterismo diagnóstico es CIERTO que:
- A: La presión media normal de la aurícula derecha es de 3 mmHg con una rango de normalidad de 1-5 mmHg
 - B: La presión arterial pulmonar sistólica normal se sitúa en un rango de 15 a 40 mmHg
 - C: La presión telediastólica ventricular izquierda normal se sitúa entre los 5 y 15 mmHg
 - D: La presión auricular izquierda normal se halla entre 2 y 14 mmHg
- 107** Una de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la patogenia de la aterosclerosis, señálela:
- A: En las fases iniciales se produce una acumulación de pequeñas partículas lipoproteínicas en la intima arterial.
 - B: Los monocitos penetran en la íntima y acumulan lípidos, convirtiéndose en células espumosas
 - C: Las células musculares migran hasta la intima reclutadas desde la adventicia.
 - D: En las últimas fases de la aterosclerosis se puede producir calcificación de la placa.
- 108** Si 2 semanas después de un traumatismo torácico el paciente presenta un soplo sistólico paraesternal bajo que aumenta con la inspiración, el diagnóstico más probable es:
- A: CIV perimembranosa.
 - B: Insuficiencia tricuspídea.
 - C: Anemia.
 - D: Disección aórtica.
- 109** En el hematoma intramural aórtico, son predictores de complicaciones los siguientes hallazgos EXCEPTO:
- A: Dolor persistente o recurrente a pesar de tratamiento médico agresivo
 - B: Grosor máximo de la pared aórtica $> 8\text{mm}$ a nivel del hematoma
 - C: Diámetro aórtico máximo $> 50\text{ mm}$
 - D: Derrame pleural recurrente
- 110** En un paciente con infarto de miocardio de la pared inferior, la presencia de una elevación del ST en la derivación III mayor que en II, combinado con una elevación del ST en V1, sugiere oclusión en:
- A: Arteria circunfleja
 - B: Arteria coronaria derecha distal
 - C: Arteria coronaria derecha proximal-media
 - D: Arteria posterolateral