

**OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE
INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE
CANTABRIA**

CATEGORÍA:

FEA CARDIOLOGÍA

Orden SAN/41/2017, 24 de mayo, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el sistema de concurso-oposición, a plazas de la categoría estatutaria de Facultativo Especialista de Área de Cardiología en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria cuyas plazas se acumulan a las de la Oferta de Empleo Público del año 2017 por Orden SAN/38/2018

**EJERCICIO ÚNICO ELIMINATORIO
CUESTIONARIO TIPO TEST**

ADVERTENCIA:

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE

- 1.- De acuerdo con el artículo 7 de la Constitución, señale la respuesta INCORRECTA en relación con los sindicatos de trabajadores y las asociaciones empresariales:
- A El ejercicio de su actividad será libre dentro del respeto a la Constitución y a la Ley.
 - B Su estructura interna y funcionamiento deberán ser democráticos.
 - C Contribuyen a la defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les son propios.
 - D La pertenencia a un sindicato o asociación empresarial será obligatoria en determinados sectores.
- 2.- De acuerdo con el artículo 1 de la Constitución, NO constituye uno de valores superiores del ordenamiento jurídico
- A La libertad.
 - B La jerarquía normativa.
 - C La justicia.
 - D El pluralismo político.
- 3.- De acuerdo con el artículo 147.3 de la Constitución, la reforma de los Estatutos de Autonomía requerirá, en todo caso:
- A La aprobación por las Cortes Generales, mediante ley orgánica.
 - B La aprobación por las Cortes Generales, mediante orden.
 - C La aprobación por el Parlamento Europeo, mediante reglamento.
 - D La aprobación por las Cortes Generales, mediante resolución.
- 4.- De acuerdo con el artículo 8 del Estatuto de Autonomía para Cantabria, corresponde aprobar los presupuestos de la Comunidad Autónoma:
- A Al Gobierno.
 - B Al Presidente.
 - C Al Parlamento.
 - D Al Consejero de Hacienda.
- 5.- De acuerdo con lo establecido en el artículo 54 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma:
- A Se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por la Dirección Gerencia de cada Comunidad, y deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Zonas de Salud.
 - B Se aprobará por el Gobierno, a propuesta de las respectivas Comunidades Autónomas, y deberá englobar el conjunto de planes de los Centros Hospitalarios.
 - C Se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, y deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Areas de Salud.
 - D Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 6.- Según el artículo 46 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, señale cuál de las siguientes constituye una característica fundamental del Sistema Nacional de Salud:
- A La extensión de sus servicios a los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia fuera del territorio nacional.
 - B La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos y privados en un dispositivo único.
 - C La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.

- 7.- En relación con el derecho a la igualdad, regulado en el artículo 6 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, indique si la enfermedad puede amparar diferencias de trato:**
- A En ningún caso, ya que es un derecho especialmente protegido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como por la demás normativa existente en esta materia.
 - B Si, las que deriven del propio proceso de tratamiento de la misma.
 - C Si, las que deriven de las limitaciones objetivas que imponga para el ejercicio de determinadas actividades.
 - D Son correctas las respuestas b y c.
- 8.- Según el artículo 13 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, ¿a qué órgano le corresponde asegurar la cohesión y calidad en la gestión de los sistemas de vigilancia en salud pública?:**
- A Al Centro Estatal de Salud Pública, a través del Consejo Interautonómico de cada Comunidad.
 - B Al Consejo de Salud Pública, a través del Ministerio de Sanidad.
 - C Al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública.
 - D Al Comité Nacional de Vigilancia, a través del Consejo de Salud Pública.
- 9.- De acuerdo con el artículo 24 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley se garantizará:**
- A Exclusivamente en el lugar del territorio nacional en el que resida el usuario del Sistema Nacional de Salud.
 - B En cualquier lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, exceptuando los territorios insulares.
 - C Con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
 - D Exclusivamente en el lugar del territorio nacional en el que se hayan nacido los usuarios del Sistema Nacional de Salud y en el lugar del territorio nacional en el que residan.
- 10.- De acuerdo con el artículo 69.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad:**
- A La vertebración de los recursos dedicados a la investigación del Sistema Nacional de Salud, mediante la asociación de centros de investigación del Sistema Nacional de Salud.
 - B Promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.
 - C Favorecer la participación de los ciudadanos en la adopción de decisiones en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.
 - D Promover la salud de la población a través, entre otras actuaciones, de la información y vigilancia epidemiológica.

- 11 .- De acuerdo con el artículo 15.2 Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la ficha técnica del medicamento:**
- A Proporcionará a los pacientes información suficiente sobre la denominación del principio activo, identificación del medicamento y su titular.
 - B Proporcionará a los pacientes información sobre los efectos adversos, interacciones, contraindicaciones y en especial los efectos sobre la conducción de vehículos a motor.
 - C Proporcionará a los farmacéuticos información sobre la denominación del medicamento, precauciones para su almacenamiento y dispensación.
 - D Reflejará las condiciones de uso autorizadas para el medicamento y sintetizará la información científica esencial para los profesionales sanitarios.
- 12 .- Conforme al artículo 22.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, el acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de:**
- A Una convocatoria bianual de carácter nacional.
 - B Una convocatoria anual de carácter autonómico.
 - C Lo dispuesto en la normativa de desarrollo de cada Comunidad Autónoma.
 - D Una convocatoria anual de carácter nacional.
- 13 .- De acuerdo con el artículo 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en relación con el desarrollo profesional:**
- A El reconocimiento se articulará en cuatro grados, incluido el grado inicial previo que puedan establecer las Administraciones sanitarias.
 - B Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cuatro años de ejercicio profesional.
 - C La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, otros cuatro años desde la precedente evaluación positiva.
 - D Los centros sanitarios privados en los que existan profesionales sanitarios que presten servicios por cuenta ajena establecerán, en la medida en que lo permita la capacidad de cada centro, procedimientos para el reconocimiento del desarrollo profesional y la carrera de los mismos.
- 14 .- Atendiendo a lo recogido en el artículo 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, y de acuerdo con los siguientes principios:**
- A Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser única para todos los centros y común para los pacientes atendido en ellos.
 - B La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos confidenciales para evitar ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.
 - C Los protocolos serán utilizados de forma taxativa.
 - D Ninguna de las repuestas anteriores es correcta.
- 15 .- Según el artículo 15 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, la formación especializada en Ciencias de la Salud:**
- A Es una formación no reglada y de carácter oficial.
 - B Es una formación reglada y de interés sanitario.
 - C Tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.
 - D Son correctas las repuestas b y c.

- 16.- De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se entiende por consentimiento informado:**
- A La conformidad de un paciente para que se le proporcione información sobre una actuación sanitaria.
 - B La conformidad de un profesional sanitario para que llevar a cabo una actuación sanitaria sobre un paciente que no está en pleno uso de sus facultades.
 - C La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
 - D La conformidad de las personas allegadas al paciente para que el médico responsable proporcione información sobre las actuaciones sanitarias.
- 17.- Según el artículo 9.2 a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento:**
- A Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.
 - B Cuando las personas allegadas al paciente lo soliciten.
 - C Cuando el paciente no sea capaz emocionalmente de entender el alcance de la intervención.
 - D Cuando los facultativos lo decidan, pues son ellos, en todo caso, los que deciden.
- 18.- De acuerdo con el artículo 5 del Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo por las cuales se revoquen otras anteriores:**
- A Para ser vinculantes basta con que el interesado las comunique a sus personas allegadas.
 - B Serán vinculantes una vez inscritas en el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, debiendo seguirse para ello el mismo procedimiento que el establecido para la primera inscripción.
 - C Las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo no pueden ser revocadas.
 - D No requieren ser inscritas en el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, basta con que el interesado las comunique a la Consejería competente en materia de sanidad.
- 19.- De acuerdo con el artículo 5.1 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el Sistema Autonómico de Salud, a los efectos de dicha Ley, está integrado por:**
- A El Sistema Sanitario Público de Cantabria.
 - B La red sanitaria de titularidad privada.
 - C Todos los establecimientos, centros y servicios sociales existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
 - D Son ciertas las respuestas a y b.
- 20.- De acuerdo con el artículo 15 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, indique cuál de los siguientes tendrá la consideración de centro especializado de diagnóstico y tratamiento:**
- A Centro de día psiquiátrico.
 - B Centros dedicados a tratamientos específicos.
 - C Consultorios.
 - D Son correctas las respuestas a y b.

- 21 .- Según el artículo 31.1 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el consentimiento será otorgado en régimen de representación cuando el médico responsable entienda que el usuario no está en condiciones de entender de manera clara, precisa y completa la información relativa al procedimiento diagnóstico o terapéutico indicado. Indique en este caso quién puede otorgar el consentimiento:**
- A Sus representantes legales.
 - B Sus familiares o personas allegadas.
 - C El consentimiento informado en régimen de representación está previsto sólo expresamente en el caso de que el usuario haya sido declarado judicialmente incapacitado.
 - D Son correctas las respuestas a y b.
- 22 .- De acuerdo con el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el Mapa Sanitario de Cantabria, el municipio de Ribamontan al Mar se incluye en:**
- A La Zona de Salud Laredo.
 - B La Zona de Salud Campoo-Los Valles.
 - C La Zona de Salud Cudeyo.
 - D La Zona de Salud Besaya.
- 23 .- De acuerdo con el artículo 9.2 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, el nombramiento de carácter interino se expedirá:**
- A Para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.
 - B Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.
 - C Cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.
 - D Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
- 24 .- De acuerdo con el artículo 49 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el procedimiento normalizado de provisión utilizado para la cobertura de los puestos de trabajo de carácter directivo será:**
- A El concurso de traslados.
 - B La libre designación, con convocatoria pública.
 - C La comisión de servicios.
 - D La designación.
- 25 .- De acuerdo con el artículo 61 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la modalidad B de complemento específico:**
- A Se corresponde con el nivel del puesto que se desempeña.
 - B Puede ser percibido por el personal estatutario que desempeñe una segunda actividad pública o privada.
 - C No incluye el factor de incompatibilidad.
 - D Incluye el factor de incompatibilidad.

- 26 .- Las garantías previstas en la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, serán de aplicación a las siguientes intervenciones:**
- A Quirúrgicas de carácter urgente.
 - B Trasplante de órganos y tejidos.
 - C Las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
 - D Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 27 .- Según la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, los o las pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del sistema sanitario público de Cantabria, recibirán la misma en los siguientes plazos máximos:**
- A Ciento ochenta días en el caso de procedimientos quirúrgicos.
 - B Ciento ochenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
 - C Sesenta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
 - D Sesenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada y realización de pruebas diagnósticas especializadas.
- 28 .- Conforme al artículo 10 de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, será causa de extinción del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada:**
- A La falta de asistencia justificada a la cita programada.
 - B La expedición del certificado de garantía.
 - C Solicitar tres veces el aplazamiento para recibir la atención sanitaria por la que está inscrito.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 29 .- Según el Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Acuerdo Marco en salud laboral y participación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales en el Servicio Cántabro de Salud, en relación con los Comités de Seguridad y Salud, señale la respuesta CORRECTA:**
- A Se constituirá un Comité de Seguridad y Salud en las Gerencias que cuenten con 50 o más trabajadores.
 - B El Comité de Seguridad y Salud de cada Gerencia se reunirá trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las dos partes que lo componen.
 - C El Comité estará formado por los delegados de Prevención y, en igual número, por los representantes de la Administración que se designen por el director gerente del Servicio Cántabro de Salud.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 30 .- De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, se entiende por riesgo laboral grave e inminente:**
- A La posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.
 - B Las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
 - C Aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.
 - D Procesos, actividades, operaciones, equipos o productos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

31 .- Señalar con respecto a la anatomía cardíaca, ¿cuál es la frase INCORRECTA?:

- A Las valvas semilunares de la válvula aórtica son más gruesas y más resistentes que las de la pulmonar.
- B El anillo fibroso que rodea la válvula tricuspídea es más robusto que el anillo fibroso que rodea la válvula mitral.
- C Las venas de Thebesio vierten directamente la sangre en las cavidades cardíacas.
- D La porción membranosa del septo interventricular está desprovista de fibras musculares.

32 .- Señalar cuál de estas afirmaciones sobre la anatomía coronaria es INCORRECTA:

- A La rama del cono arterial de la coronaria derecha suele contactar con otra homóloga de la coronaria izquierda para formar el círculo de Vieussens, fuente de circulación colateral.
- B En un 30% de los casos la arteria circunfleja da origen a la rama del nodo sinoatrial.
- C En el adulto la participación de cada arteria coronaria en la vascularización del corazón, origen del concepto de dominancia coronaria, fue propuesto por Schlesinger en el año 1940.
- D Las ramas septales provenientes de la rama interventricular posterior son más numerosas y están más desarrolladas que las que provienen de la descendente anterior.

33 .- Respecto a la epidemiología de la cardiopatía isquémica, señale la respuesta FALSA:

- A Es la primera causa de muerte en adultos en países en vías de desarrollo, no así ya en países desarrollados al haber ido disminuyendo su incidencia.
- B Sigue siendo responsable de aproximadamente un tercio de todas las muertes en individuos de edad superior a 35 años en los países desarrollados.
- C La incidencia de eventos coronarios aumenta de forma rápidamente progresiva con la edad, con un retardo de 10-20 años en las mujeres.
- D La forma de presentación inicial más frecuente en mujeres menores de 75 años es la angina de pecho.

34 .- De entre las siguientes afirmaciones señale la FALSA:

- A Las mejoras en el control de los factores de riesgo cardiovascular en países desarrollados se han visto mermadas en cierta medida por un incremento del índice de masa corporal y de la prevalencia de diabetes mellitus.
- B La prevalencia de isquemia silente podría ser hasta de un 10% en hombres asintomáticos con dos o más factores de riesgo cardiovascular.
- C El signo electrocardiográfico más específico de isquemia silente es la presencia de ondas Q.
- D El pronóstico a corto y largo plazo en un paciente con infarto clínicamente silente es mejor que el del IAM clínicamente aparente.

35 .- Respecto a la muerte súbita cardíaca (MSC) señale la respuesta FALSA:

- A Aparece como evento coronario inicial hasta en el 15% de pacientes con enfermedad coronaria.
- B Es la causa más frecuente de muerte en pacientes con enfermedad coronaria.
- C El riesgo tras infarto es mayor en el primer año y con FEVI menor ó igual al 35%.
- D El riesgo de MSC es similar en hombres y mujeres con enfermedad coronaria.

36.- Respecto al ECG, señale la respuesta FALSA:

- A En el crecimiento o hipertrofia del ventrículo derecho es posible encontrar ondas R altas en avR, v1 y v2 y S profundas en precordiales izquierdas con alteraciones secundarias de la repolarización.
- B La sobrecarga aguda de VD como ocurre en el TEP puede dar un patrón S1Q3T3.
- C Se habla de bloqueo completo de rama cuando la duración del QRS es igual o superior a 120 ms.
- D El hemibloqueo de subdivisión anterior puede enmascarar un infarto anterior crónico.

37.- Respecto al ECG, señale la respuesta FALSA:

- A Las ondas P negativas o isodifásicas en DI y aVL sugieren un ritmo auricular izquierdo.
- B Se consideran ondas Q patológicas cuando su duración es superior a 40 ms, su voltaje es al menos del 25% de la onda R en DI, DII, v5, v6 ó > 0.2 mV o aparecen en derivaciones que normalmente no tienen Q (precordiales derechas).
- C Las ondas Q patológicas siempre reflejan infarto transmural.
- D Un intervalo QT largo refleja un retraso en la repolarización.

38.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con alteraciones electrolíticas y ECG es CIERTA?

- A La hipotasemia causa ondas T altas y picudas.
- B La hiperpotasemia causa ondas T aplanadas.
- C La hiperpotasemia se asocia con prolongación del intervalo QT.
- D La hipocalcemia se asocia con prolongación del intervalo QT.

39.- Respecto a la radiografía torácica, señale la respuesta FALSA:

- A En proyección PA el borde derecho de la silueta cardiaca está constituido por la aorta ascendente y/o vena cava superior en la parte superior y la aurícula derecha en la parte inferior.
- B En proyección PA el borde cardiaco izquierdo está formado por el cayado aórtico, hilio pulmonar izquierdo y el ventrículo izquierdo.
- C Cuando se produce crecimiento del ventrículo derecho, el ápex cardiaco se desplaza hacia arriba lo que le confiere a la silueta cardíaca forma de bota.
- D En proyección AP la silueta cardiaca se ve disminuida por una menor divergencia de los rayos X.

40.- Con ecocardiografía transtorácica, desde ventana apical y en el plano 4 cámaras, ¿qué estructura NO esperaríamos encontrar?:

- A Aurícula izquierda.
- B Tabique interauricular.
- C Válvula mitral.
- D Arteria pulmonar.

41.- Con respecto a la técnica Doppler en la ecocardiografía, es INCORRECTO:

- A El Doppler continuo no es selectivo en un punto, pero permite el registro de altas velocidades, por lo que es el método ideal para analizar la presencia de altos gradientes de presión.
- B Esta técnica es imprescindible para el cálculo de volumen de ventrículo izquierdo por el método Simpson.
- C El Doppler pulsado permite el análisis en un punto determinado y su inconveniente es que no puede registrar altas velocidades sanguíneas.
- D El patrón Doppler característico del flujo mitral presenta un pico inicial de llenado rápido pasivo, seguido de otro telediastólico, consecuencia de la contracción auricular.

42 .- Para la realización de un estudio ecocardiográfico transesofágico, se recomienda:

- A El paciente debe estar en ayunas 4 horas previas a la realización del mismo.
- B Durante la prueba, el paciente debe estar monitorizado y se debe medir periódicamente la presión arterial.
- C Es aconsejable la utilización de anestésico local y la sedación del paciente.
- D Todas las anteriores son ciertas.

43 .- En la detección de la isquemia miocárdica mediante las pruebas de estrés, ¿cuál de estos conceptos es ERRÓNEO?:

- A La ecocardiografía de estrés farmacológica para la detección de isquemia miocárdica debe reservarse para aquellos pacientes con riesgo bajo o moderado que no son capaces de deambular.
- B El ejercicio constituye el estrés más fisiológico y en comparación con el estrés farmacológico, presenta una tasa de de eventos adversos significativamente menor.
- C La adquisición de la imagen en el pico de ejercicio es menos sensible que la de post-ejercicio para el diagnóstico de enfermedad coronaria.
- D Los protocolos habituales de estrés con dobutamina emplean dosis crecientes de 10 microgramos/Kg/min cada 3 min hasta una dosis de 40 microgramos/Kg/min.

44 .- Respecto a las pruebas de estrés para el diagnóstico de isquemia miocárdica, ¿cuál es la respuesta INCORRECTA?:

- A La sensibilidad de la ecocardiografía de estrés está en torno al 80% con una especificidad del 85-90%.
- B Estudios comparativos entre ejercicio y estrés farmacológico han demostrado mayor sensibilidad con ejercicio y dobutamina, que con dipiridamol.
- C El resultado de las anomalías detectadas durante el estrés es independiente de la existencia de un BRIHH o en portadores de marcapasos.
- D La ecocardiografía de estrés proporciona información pronóstica muy valiosa para la estratificación del riesgo, tanto en pacientes con enfermedad coronaria conocida como en aquellos con sospecha de la misma.

45 .- Con respecto a la detección de viabilidad miocárdica mediante la ecocardiografía de estrés ¿cuál de estas respuesta es INCORRECTA?:

- A La ausencia de respuesta en la función contráctil es característica del miocardio hibernado.
- B El tipo de estrés más estudiado con diferencia es el de la dobutamina a dosis bajas.
- C La respuesta bifásica esperable del miocardio hibernado consiste en una mejoría de la contractilidad a dosis bajas de dobutamina seguida de un empeoramiento (isquemia) con dosis altas.
- D El signo ecocardiográfico más empleado es una mejora de la función contráctil segmentaria, inducida por un estrés a baja carga en una región miocárdica que presenta una disinerxia en reposo.

46 .- En relación con el SPECT de perfusión miocárdica, señale la respuesta CORRECTA:

- A La gammagrafía cardiaca está indicada en la miocardiopatía hipertrófica para la valoración del grosor del septo interventricular.
- B La SPECT de perfusión miocárdica está principalmente indicada cuando existe discrepancia entre la clínica del paciente y el resultado de la ergometría convencional.
- C La técnica isotópica más utilizada para el diagnóstico y seguimiento de la cardiopatía isquémica es la SPECT.
- D B y C son correctas.

- 47.- Con respecto a los estudios de valoración de viabilidad miocárdica, señale la respuesta **CORRECTA**:
- A La evidencia clínica ha puesto de manifiesto la necesidad de diferenciar con precisión las áreas de VI que han sufrido una necrosis irreversibles de aquellas que son potencialmente recuperables desde el punto de vista funcional.
 - B El estudio de viabilidad miocárdica con gated-SPECT puede plantearse en aquellos pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda debida a zonas extensas de acinesia o discinesia.
 - C A y B son ciertas.
 - D A y B son falsas.
- 48.- Con respecto a los estudios con Gated- SPECT de perfusión miocárdica, señale la respuesta **INCORRECTA**:
- A El Gated-SPECT puede estar indicado en pacientes con posible SCA, con ECG y marcadores de daño miocárdico no diagnósticos.
 - B El Gated-SPECT de estrés puede ser útil para valorar la gravedad/extensión de la isquemia inducible en pacientes con angina estable o en aquellos en que el diagnóstico no es claro.
 - C El Gated-Spect de perfusión miocárdica permite distinguir entre isquemia aguda, IAM o infarto previo.
 - D El Gated-SPECT en reposo puede ser útil para la valoración de la función ventricular cuando la ecocardiografía no es valorable.
- 49.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la determinación del score de calcio coronario mediante cardio-TC es **CORRECTA**?:
- A Un score de 0 en pacientes sintomáticos, excluye con absoluta certeza la presencia de estenosis coronaria significativa.
 - B La principal limitación del score de calcio es el empleo de dosis altas de radiación, cercana a los 25 mSv.
 - C Un score de calcio de >400 coloca a un paciente asintomático en un grupo de riesgo cardiovascular alto.
 - D Los pacientes que más se benefician de la cuantificación de calcio coronario son aquellos de alto riesgo cardiovascular de acuerdo con los factores de riesgo tradicionales o los pacientes sintomáticos.
- 50.- Respecto a la resonancia cardíaca, señale la respuesta **FALSA**:
- A En las secuencias potenciadas en T1, la grasa tiene una señal más intensa.
 - B En las secuencias potenciadas en T2, las estructuras que contienen agua (edema o inflamación) tienen una señal más intensa.
 - C En cualquier situación en la que aumente el espacio intersticial (necrosis, inflamación, necrosis) existirá un aumento de la concentración de gadolinio.
 - D Las secuencias "sangre negra" se emplean para la valoración de la función ventricular.
- 51.- Respecto a las contraindicaciones para la realización de una resonancia cardíaca, señale la respuesta **FALSA**:
- A Se considera contraindicación ser portador de stents coronarios.
 - B Se considera contraindicación portar un catéter de Swan-Ganz.
 - C Es contraindicación para la utilización de gadolinio, la insuficiencia renal avanzada y/o diálisis.
 - D Es contraindicación para la utilización de gadolinio, el embarazo, particularmente el primer trimestre.

52 .- Respecto a la resonancia cardíaca, señale la respuesta FALSA:

- A En pacientes con sospecha de miocardiopatía arritmogénica, el hallazgo de infiltración grasa del ventrículo derecho como hallazgo aislado tiene una alta especificidad para su diagnóstico.
- B En un paciente con miocardiopatía dilatada de reciente diagnóstico, la ausencia de realce tardío de gadolinio hace muy improbable la cardiopatía isquémica como causa de la disfunción ventricular.
- C Permite diferenciar con una fiabilidad muy alta entre trombos intracavitarios y masas tumorales.
- D Los trombos no tienen señal en secuencias de perfusión ni realce tardío.

53 .- Con respecto a las técnicas de ablación con catéter, ¿cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?:

- A Se basa en la utilización de diferentes fuentes de energía para la creación de lesiones definitivas en las cámaras cardíacas.
- B Las temperaturas tisulares durante la ablación por RF deben alcanzar obligatoriamente los 100 °C para producir lesiones irreversibles.
- C Las técnicas de cartografía eléctrica son de dos tipos diferentes: de activación y de estimulación.
- D Las diferentes fuentes de energía que se utilizan son principalmente la radiofrecuencia y la crioblación.

54 .- Respecto a la disfunción sinusal, señale la respuesta FALSA:

- A El síndrome bradi taqui es probablemente la forma más habitual en la práctica clínica y la forma que se asocia con más frecuencia a síncope recurrentes.
- B La historia natural es variable pero se asocia a una alta incidencia de muerte súbita y progresión a bloqueo AV completo.
- C El Holter implantable o subcutáneo es una de las herramientas diagnósticas más útiles para establecer la correlación entre los síntomas y hallazgos electrocardiográficos.
- D La ergometría es útil para valorar la incompetencia cronotropa.

55 .- Señale la afirmación FALSA respecto al bloqueo aurículoventricular (BAV):

- A El BAV de segundo grado tipo I suele responder a atropina y a la realización de ejercicio físico, normalizándose la conducción AV.
- B En un BAV 2:1, un intervalo PR marcadamente prolongado > 300 ms. hace más probable una afectación infrahisiana.
- C Los BAV completos congénitos son típicamente nodales o suprahisianos.
- D El BAV de segundo grado tipo II tiene una alta progresión a BAV completo.

56 .- Respecto a la etiología del síncope, sugieren un origen cardiogénico los siguientes hallazgos, EXCEPTO:

- A Síncope de esfuerzo o en decúbito.
- B Palpitaciones o dolor torácico previo.
- C Historia familiar de muerte súbita.
- D Historia prolongada de síncope.

57 .- Orientan a un origen no cardiogénico del síncope, todas las siguientes circunstancias EXCEPTO:

- A Cardiopatía estructural y/o anomalías en ECG.
- B Astenia prolongada tras episodio.
- C En bipedestación prolongada.
- D Pérdida de control de esfínteres.

- 58 .- Cuando hablamos de una taquicardia por reentrada intranodal (TRIN), ¿cuál de estas respuestas es FALSA?:**
- A Es la TSVP más frecuente, y su incidencia es mayor en mujeres.
 - B La TRIN común o típica es la más frecuente, y utiliza como brazo descendente hacia los ventrículos la vía lenta.
 - C En la TRIN atípica, la onda P siempre se inscribe sobre el QRS .
 - D Es típico la percepción de palpitaciones en el cuello (signo de la rana).
- 59 .- En relación con las vías accesorias, señale la afirmación FALSA:**
- A Una vía oculta es aquella que no es detectable en el ECG porque no tiene conducción anterógrada (solo retrógrada).
 - B Las vías de pared libre izquierda suelen tener un grado de preexcitación mínimo en el ECG.
 - C La taquicardia ortodrómica es la TSVP más frecuente asociada a una vía accesoria.
 - D En la taquicardia ortodrómica, el frente de activación llega a los ventrículos a través de la vía accesoria, y vuelve a las aurículas a través del sistema normal de conducción.
- 60 .- De todas las patologías que a continuación se enumeran una de ellas NO predispone a la aparición de fibrilación auricular:**
- A Hiperparatiroidismo primario.
 - B Hipertiroidismo.
 - C Síndrome metabólico.
 - D Síndrome de apneas e hipopneas obstructiva del sueño (SAHOS).
- 61 .- De los siguientes factores indique el que NO es responsable del deterioro de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) en la fibrilación auricular:**
- A La respuesta ventricular rápida e irregular.
 - B El aumento del tamaño de la aurícula izquierda.
 - C El acortamiento de la diástole secundario a la taquicardia.
 - D La ausencia de la contracción auricular.
- 62 .- Varón de 66 años diagnosticado de fibrilación auricular (FA) paroxística con buen control con flecainida y arteriopatía periférica. ¿Iniciaría anticoagulación a este paciente?. Señale la respuesta CORRECTA.**
- A Si, porque según las guías de la ESC para el manejo de la FA se recomienda anticoagulación con una puntuación CHA2DS2VASc mayor a 1.
 - B No está indicada la anticoagulación por ser una FA paroxística con buen control.
 - C No. Iniciaría tratamiento con AAS a dosis de 100 mgs/día.
 - D No. Hay que esperar a que el paciente tenga una edad igual o mayor a 75 años para anticoagular.
- 63 .- ¿Cuál de los siguientes criterios NO sugiere un origen ventricular de una taquicardia ancha regular?:**
- A Si QRS con morfología de BRD, patrón R/S > 1 en V6.
 - B Patrón concordante negativo en todas las precordiales.
 - C Distancia desde el comienzo de la onda R al nadir de la onda S >100 ms en cualquier precordial.
 - D Presencia de disociación aurículo ventricular o latidos de fusión.

64 .- En relación con la taquicardia ventricular por reentrada rama-rama, señale la afirmación CORRECTA:

- A Es típica de pacientes con miocardiopatía dilatada.
- B Se debe a un circuito de reentrada que involucra a las rama derecha e izquierda del haz de His.
- C Se recomienda en primera línea la ablación con catéter.
- D Todas son ciertas.

65 .- Con respecto a las taquicardias ventriculares fasciculares, señale la respuesta INCORRECTA:

- A Es más frecuente en varones jóvenes.
- B La forma más común es la taquicardia ventricular fascicular posterior.
- C Tiene morfología bloqueo de rama izquierda con un QRS muy ancho (> 160 ms).
- D Suelen responder a calcioantagonistas tipo verapamil.

66 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a la muerte súbita (MS) es CORRECTA?

- A Por convenio, el límite temporal desde inicio síntomas hasta el fallecimiento que define una MS es de 24h.
- B En el 80% de los casos de MS cardíaca, el ritmo responsable es una bradiarritmia extrema.
- C Las canalopatías y las cardiopatías estructurales son la causa más frecuente de MS cardíaca en menores de 35 años.
- D La incidencia de MS cardíaca es independiente de la edad y del sexo.

67 .- Respecto a la fisiopatología de la aterosclerosis coronaria, ¿qué frase es INCORRECTA?:

- A La erosión superficial del endotelio o una rotura manifiesta o fisura de la placa genera la formación de trombo.
- B El mecanismo más frecuente que conduce al infarto letal es, según los hallazgos patológicos, la rotura de una placa denominada fibroateroma de cápsula fina.
- C La enfermedad aterosclerótica es una enfermedad inflamatoria en la que los macrófagos no juegan ningún papel de importancia.
- D El proceso de cicatrización arterial se basa en el depósito de nueva matriz extracelular y fibrosis.

68 .- Respecto a la fisiopatología de la isquemia miocárdica, ¿cuál es la frase INCORRECTA?:

- A Los factores determinantes de la necesidad de oxígeno por parte del miocardio son la frecuencia cardíaca, la contractilidad del miocardio, así como la tensión parietal.
- B En condiciones normales las arteriolas de resistencia intramiocárdica no poseen gran capacidad de dilatación.
- C La causa más frecuente de cardiopatía isquémica es la enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias epicárdicas.
- D La isquemia miocárdica puede ocurrir también cuando la demanda de oxígeno se ve aumentada de forma llamativa como en la hipertofia ventricular grave secundaria a la hipertensión arterial o la estenosis aórtica.

69 .- En el diagnóstico de la angina estable, señale la afirmación INCORRECTA:

- A El dolor torácico es el síntoma más habitual en la mayoría de los pacientes, aunque puede haber presentaciones atípicas, especialmente en pacientes ancianos o diabéticos.
- B Es en los pacientes de riesgo bajo o muy bajo, en los que las pruebas de detección de isquemia resultan especialmente útiles para el diagnóstico.
- C Un ECG en reposo normal no excluye el diagnóstico de enfermedad coronaria.
- D La ausencia de cambios en el ECG durante el dolor no es una prueba de causa no cardíaca del mismo, dado que algunas regiones del corazón pueden no tener reflejo en el ECG de 12 derivaciones.

70 .- En el tratamiento de la cardiopatía crónica estable, es FALSO que:

- A El AAS debe recomendarse a todo paciente coronario salvo contraindicaciones.
- B La reducción del colesterol con estatina es un objetivo básico.
- C El uso de betabloqueantes no está contraindicado en el paciente coronario diabético.
- D El prasugrel o el ticagrelor son los antiagregantes de elección en el paciente con angina de esfuerzo estable.

71 .- La definición de angor inestable incluye:

- A Cuando los síntomas aparecen en reposo (o con mínimo ejercicio) y su duración es igual o mayor de 10 minutos.
- B Sintomatología de comienzo reciente: 4-6 semanas previas.
- C Cuando la sintomatología tiene un perfil de intensificación constante, es más intensa, duradera y frecuente que antes.
- D Todas las anteriores son ciertas.

72 .- En la estratificación del riesgo en el síndrome coronario agudo no ST elevado, se considera como alto riesgo:

- A Episodios de angina que duran más de 20 minutos que aparecen en reposo en las 24 horas previas o en los primeros 30 días post IAM.
- B La presencia de signos de insuficiencia cardíaca y/o de bajo gasto.
- C Niveles de troponina elevados.
- D Todas las anteriores son ciertas.

73 .- ¿Cuál de estas frases es INCORRECTA respecto al síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST?:

- A La causa más común es la rotura de una placa aterosclerótica con formación de un trombo no oclusivo.
- B La angina de reposo se presenta en cerca del 80% de los pacientes.
- C La obstrucción dinámica de vasos epicárdicos o microcirculación, por vasoespasmo o vasoconstricción, no desempeña ningún papel en su etiología.
- D Es frecuente su presentación atípica en pacientes añosos, mujeres, pacientes diabéticos o con insuficiencia renal crónica.

74.- Respecto al pronóstico del síndrome coronario sin elevación del ST, ¿qué frase es FALSA?:

- A La hiperglucemia al ingreso es también un marcador de mortalidad e insuficiencia cardíaca, aún en pacientes no diabéticos.
- B Un paciente con una clasificación de riesgo GRACE de 105, está asociada a un riesgo de mortalidad intrahospitalaria superior al 5%
- C La elevación de los marcadores BNP o NT-proBNP predice una mortalidad 3-5 veces mayor, independientemente de los valores de troponinas.
- D La alteración de la función renal es un predictor independiente de mortalidad a largo plazo.

75.- En el tratamiento del síndrome coronario sin elevación del ST, ¿qué frase es FALSA?:

- A Se deberá administrar oxígeno cuando la saturación sea inferior al 90%.
- B La administración de los beta bloqueantes debe iniciarse tempranamente, en ausencia de contraindicaciones.
- C Los antagonistas del calcio solo se considerarán de elección en la angina vasoespástica.
- D Está indicado siempre el uso endovenoso de inhibidores del receptor de la glicoproteína IIb-IIIa asociado a la doble antiagregación, antes de una estrategia invasiva.

76.- En el tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del ST, ¿qué frase es FALSA?:

- A El prasugrel y el ticagrelor han demostrado tener una acción antiagregante más rápida y potente que el clopidogrel.
- B El ticagrelor sería una alternativa preferible al clopidogrel en pacientes con menor riesgo hemorrágico y con posibilidades de ser candidatos a cirugía cardíaca.
- C La anticoagulación con heparina de bajo peso molecular está contraindicada en aquellos pacientes con doble antiagregación plaquetaria.
- D En una estrategia conservadora, la anticoagulación debe mantenerse hasta el alta hospitalaria.

77.- Con respecto al tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del ST, ¿qué frase es FALSA?:

- A Puede estar recomendada una determinación no invasiva de isquemia inducible en pacientes de bajo riesgo, antes de solicitar un cateterismo.
- B Por regla general, la angioplastia de la lesión causal suele ser la primera elección en la mayoría de los casos.
- C Los pacientes con una puntuación según la clasificación de GRACE > 140, pueden esperar más de 72 horas antes del intervencionismo.
- D Los pacientes de muy alto riesgo con angina refractaria o inestabilidad hemodinámica, se deben someter a un cateterismo urgente, dentro de las 2 primeras horas, independientemente del ECG o biomarcadores.

78.- Respecto al tratamiento del infarto agudo de miocardio, ¿qué respuesta es FALSA?:

- A El tratamiento debe ser hospitalario, por lo que debe procurarse el traslado lo más rápidamente posible a un centro con capacidad para reperfundir la arteria coronaria.
- B Más del 85% de los pacientes que presentan dolor torácico y elevación del ST, presentan una oclusión trombótica de una arteria coronaria.
- C En aquellos pacientes con más de 30 horas de evolución desde su presentación inicial, deberán igualmente ser referidos para una angioplastia primaria urgente.
- D Todos los servicios de emergencias extrahospitalarias deberán conocer en su región sanitaria, cuál es el centro con capacidad para angioplastia primaria durante 24 horas los 365 días al año.

79 .- Respecto al tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM), ¿cuál de las siguientes frases es FALSA?:

- A La angioplastia primaria consigue mayores tasas de reperfusión y por lo tanto, mejores resultados clínicos.
- B La angioplastia primaria sigue siendo la estrategia de elección entre las 12 y 24 primeras horas desde el comienzo de los síntomas.
- C Si el hospital de ingreso de un paciente con IAM tiene capacidad de angioplastia primaria, es adecuado que este sea el método, si puede realizarse en menos de 60 minutos.
- D Si un paciente con un IAM ingresa en un hospital sin programa de angioplastia primaria y el tiempo de traslado a un centro con dicha capacidad es > 120 minutos, nunca debe efectuarse fibrinólisis.

80 .- ¿Qué frase de las siguientes es FALSA, con respecto a las complicaciones en un infarto agudo de miocardio?:

- A La rotura de pared libre suele ocurrir en los primeros 5 días de evolución.
- B En ocasiones la rotura es autocontenida dando lugar a un pseudoneurisma ventricular.
- C Durante el diagnóstico de una rotura de pared libre, siempre es obligado efectuar un nuevo estudio coronariográfico antes de la intervención quirúrgica.
- D La intervención quirúrgica es mandatoria pese a la alta morbi-mortalidad hospitalaria.

81 .- Con respecto a las complicaciones del infarto agudo de miocardio, ¿qué frase es FALSA?:

- A La frecuencia de la rotura septal es aproximadamente la mitad de la de pared libre.
- B La afectación de la descendente anterior y una circulación colateral ausente es un factor de riesgo para la rotura del septo.
- C La presencia de un fracaso biventricular y un nuevo soplo sistólico debe hacernos sospechar la rotura septal.
- D Si se produce una rotura septal, siempre se debe intervenir quirúrgicamente de manera urgente, independientemente de la situación hemodinámica.

82 .- ¿Qué frase es INCORRECTA respecto al intervencionismo coronario?:

- A Los stents farmacoactivos han reducido drásticamente la necesidad de reintervenciones.
- B El balón farmacoactivo ha demostrado ser útil en el tratamiento de la reestenosis intra-stent.
- C Existe poca evidencia de que los stents farmacoactivos sean una excelente alternativa en pacientes seleccionados con enfermedad del tronco común, frente a la cirugía coronaria.
- D Otros dispositivos utilizados como el aterotomo de rotación y el balón de corte, son útiles en lesiones calcificadas.

83 .- Durante la realización del intervencionismo coronario sobre oclusiones crónicas, ¿qué frase es INCORRECTA?:

- A El tratamiento de las oclusiones crónicas totales requiere una clara indicación clínica.
- B La duración de la oclusión es indiferente para preveer el éxito del procedimiento.
- C El éxito de estos procedimientos no suele ser mayor del 70-80 %.
- D La presencia de una oclusión crónica con buen lecho distal en el seno de una enfermedad multivascular, puede ser una razón para recomendar la cirugía coronaria.

84 .- Con respecto a las técnicas de coronariografía diagnóstica, ¿qué respuesta es INCORRECTA?:

- A La angiografía convencional sigue representando la técnica de referencia para el diagnóstico de la enfermedad coronaria.
- B Los inyectores automáticos de contraste hacen innecesarias las medidas de protección renal en pacientes con deterioro del aclaramiento renal.
- C La utilización de la vía radial de acceso está especialmente indicada por la comodidad para el paciente y por reducir significativamente el riesgo de complicaciones vasculares.
- D La angiografía cuantitativa permite disminuir la variabilidad interobservador y está especialmente indicada en los estudios evolutivos y/o comparativos.

85 .- ¿Cuál es la frase INCORRECTA en lo que se refiere a las técnicas de diagnóstico intracoronario?:

- A La mayor aportación de la ecografía intracoronaria es que permite ver directamente la placa de ateroma en la pared vascular en toda su extensión.
- B Durante el intervencionismo coronario con stents, la ecografía intracoronaria permite analizar con precisión el grado de expansión del stent, la aposición de los struts metálicos sobre el endotelio y la presencia de disecciones o placa residual en los bordes.
- C La utilización de la ecografía intracoronaria no tiene especial relevancia para cuantificar las lesiones del tronco común izquierdo.
- D La histología virtual permite una mejor caracterización tisular de la placa de ateroma, superando a la ecografía convencional con escala de grises.

86 .- Con respecto a la tomografía de coherencia óptica, ¿qué frase es FALSA?:

- A La resolución espacial es 10 veces superior a la ecografía intracoronaria.
- B La penetración arterial es menor que la ecografía intracoronaria.
- C La mayor ventaja es que permite visualizar directamente la presencia de fibroateroma de cápsula fina.
- D Su mayor inconveniente es la escasa utilidad para valorar la endotelización de los stents.

87 .- De los siguientes supuestos de enfermedad arterial coronaria, señale cuál NO sería candidato a cirugía de revascularización:

- A Enfermedad del TCI con grave extensión de enfermedad coronaria (índice SYNTAX alto).
- B Enfermedad arterial coronaria monovaso con afectación severa de DA proximal.
- C Enfermedad arterial coronaria trivaso con extensión media o alta de enfermedad (índice SYNTAX medio-alto).
- D Pacientes diabéticos y multivaso, especialmente trivaso con implicación de DA.

88 .- ¿Cuál de estas frases es INCORRECTA respecto a la cirugía coronaria?:

- A En los pacientes con infarto agudo de miocardio es aconsejable esperar al menos una semana antes de la operación.
- B La colocación de stents en puentes de safena es preferible a la dilatación del vaso nativo, si este está permeable.
- C La angioplastia percutánea es la primera opción en los pacientes que precisen una nueva revascularización.
- D A partir de los 10 años de evolución, la mitad de los puentes de safena tienen enfermedad significativa o están ocluidos.

89 .- ¿Cuál es la causa más frecuente de HTA secundaria?

- A Nefropatía intersticial.
- B Feocromocitoma.
- C Disfunción tiroidea.
- D Hiperaldosteronismo primario.

90 .- ¿Qué fármaco antihipertensivo está contraindicado en el embarazo?:

- A Enalapril.
- B Alfametildopa.
- C Labetalol.
- D Nifedipino.

91 .- En cuanto a la HTA resistente, señale la respuesta FALSA:

- A Se considera HTA resistente a la que no se controla adecuadamente con la toma de tres fármacos antihipertensivos, entre ellos un diurético y medidas de estilo de vida.
- B Los fármacos antialdosterona no han mostrado su eficacia en este contexto.
- C Debe descartarse antes de establecer el diagnóstico, la pseudoresistencia por factores relacionados con el estilo de vida, adherencia terapéutica, medicamentos que interfieran con el control tensional e HTA secundaria.
- D Es frecuente el exceso de volemia.

92 .- El test vasodilatador en la hipertensión pulmonar (HTP), señale la respuesta CORRECTA:

- A Está indicado en todos los pacientes con HTP severa independientemente de su etiología.
- B Está especialmente indicado en los pacientes con HTP del grupo 3.
- C Permite identificar a los pacientes con HTP que pueden ser tratados con altas dosis de calcioantagonistas.
- D Se realiza con antagonistas del calcio por vía intravenosa.

93 .- Son factores predisponentes de tromboembolismo pulmonar todos los siguientes, EXCEPTO:

- A Historia de tromboembolismo previo.
- B Cáncer activo.
- C Inmovilización prolongada.
- D Fiebre alta.

94 .- En la estratificación del riesgo de muerte precoz en el tromboembolismo pulmonar, se utilizan diferentes marcadores EXCEPTO:

- A Shock / hipotensión.
- B Dilatación del ventrículo derecho en una prueba de imagen.
- C Elevación de NT-ProBNP/BNP.
- D Hipoxemia arterial.

95 .- En el tromboembolismo pulmonar de alto riesgo, señale la respuesta FALSA:

- A La embolectomía quirúrgica es el tratamiento de primera elección.
- B Se presenta clínicamente con shock cardiogénico o hipotensión sostenida.
- C Tiene una mortalidad a corto plazo > 15%.
- D Ante alta sospecha clínica e inestabilidad hemodinámica que no permite realizar AngioTAC pulmonar, un ecocardiograma con signos de dilatación y sobrecarga de presión de ventrículo derecho permite realizar el diagnóstico hasta posterior confirmación.

96 .- Los signos ecocardiográficos de McConnell y 60/60 empleados en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar tienen:

- A Bajo valor predictivo positivo.
- B Alto valor predictivo negativo.
- C Baja especificidad.
- D Baja sensibilidad.

97 .- Respecto a la patología valvular aórtica, ¿cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?:

- A La estenosis aórtica es actualmente la valvulopatía más frecuente en países desarrollados, con una prevalencia entre el 2-7 % de la población adulta de más de 65 años.
- B La etiología degenerativa es la principal causa de estenosis aórtica, seguida de la congénita y de forma menos frecuente, de la etiología reumática.
- C En los pacientes con válvulas bicúspides, las anomalías tisulares no están localizadas únicamente a nivel de los velos, sino también en la pared aórtica.
- D La obstrucción valvular da lugar en primera instancia a la dilatación del ventrículo izquierdo y en un segundo tiempo, a la hipertrofia ventricular como mecanismo de compensación.

98 .- En el tratamiento de la estenosis aórtica, ¿cuál de estas frases es FALSA?:

- A En los registros clásicos publicados, al menos un 33% de pacientes con indicación de cirugía no se operan.
- B Se recomienda una cirugía precoz en pacientes sintomáticos sin restricciones en cuanto a la función ventricular.
- C La valvuloplastia con balón en la población adulta solo se considera como puente a la cirugía o TAVI en pacientes hemodinámicamente inestables, con alto riesgo quirúrgico o que precisan una cirugía mayor urgente no cardíaca.
- D Se recomienda la cirugía en la estenosis aórtica en pacientes asintomáticos independientemente del riesgo de morbimortalidad y de la experiencia del grupo quirúrgico.

99 .- En el tratamiento de la estenosis aórtica con válvula percutánea, ¿cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?:

- A Está indicada en pacientes con riesgo quirúrgico elevado o inaceptable (EuroScore>20% o un STS>10%).
- B Es conveniente evaluar previamente las posibilidades de supervivencia en los pacientes en más de 1 año.
- C No hay contraindicación de ningún tipo para pacientes con válvula aórtica bicúspide, calcificación asimétrica del anillo aórtico y/o distancia menor de 10 mm del origen de las coronarias al plano valvular.
- D El ETE-3D y el cardio-TC son los mejores métodos para determinar el tamaño de la prótesis a utilizar.

100 .- Respecto a la insuficiencia aórtica, ¿cuál de estas afirmaciones es FALSA?:

- A El mecanismo de compensación de la insuficiencia aórtica crónica hace que los pacientes permanezcan asintomáticos durante mucho tiempo, coincidiendo el inicio de los síntomas con la aparición de una disfunción sistólica.
- B La ecocardiografía es la técnica de elección para la cuantificación de la insuficiencia aórtica.
- C La inversión del flujo sistólico en la aorta descendente es un parámetro indirecto de gravedad.
- D El cardio-TC y el TC multicorte están indicados en la valoración de la insuficiencia aórtica en pacientes con síndrome de Marfan o dilatación de aorta ascendente.

101 .- Con respecto al tratamiento de la estenosis mitral, ¿qué afirmación es FALSA?:

- A El cálculo del índice de Wilkins es indispensable para determinar la idoneidad de la válvula para un tratamiento percutáneo.
- B El tratamiento médico es poco eficaz, siendo la cirugía o la valvuloplastia con balón los tratamientos de elección.
- C La cirugía se reserva para aquellos casos con anatomía desfavorable para la valvuloplastia percutánea.
- D Un índice de Wilkins superior a 12 no contraindica nunca una valvuloplastia percutánea.

102 .- ¿En qué paciente con insuficiencia mitral (IM) es poco probable la reparación quirúrgica con éxito?:

- A Prolapso P2 y/o A2, escasa calcificación y anillo no gravemente dilatado.
- B En IM funcional con ausencia de calcificación y ausencia de dilatación grave del anillo valvular.
- C Prolapso con lesiones destructivas.
- D Prolapso de varios festones con afectación de la comisura posterior, anillo moderadamente dilatado y calcificación localizada focal anular.

103 .- Durante la valoración ecocardiográfica de la insuficiencia mitral (IM), ¿cuál de las siguientes frases es INCORRECTA?:

- A Uno de los métodos que más se utilizan es la cuantificación del orificio regurgitante efectivo mediante el método PISA.
- B No existe un método o parámetro único que defina la gravedad de la IM.
- C La IM funcional puede producirse en casos de miocardiopatía o infarto de miocardio, estando siempre asociada a una válvula anatómicamente patológica.
- D El área del jet color es útil en la detección de la IM, aunque tiene muchas limitaciones para determinar la gravedad de la regurgitación.

104 .- Respecto al tratamiento de la insuficiencia mitral (IM), que frase es INCORRECTA:

- A La reparación valvular mitral es preferible a la sustitución quirúrgica en la mayoría de los pacientes.
- B Para la IM primaria el tratamiento quirúrgico está indicado cuando el paciente está sintomático.
- C La cirugía de la IM grave funcional está indicada cuando va asociada a cirugía de revascularización coronaria.
- D La reparación valvular está especialmente indicada en la enfermedad de Barlow con anillo mitral muy dilatado.

105 .- La válvula tricúspide está compuesta por las siguientes valvas:

- A Anterior, posterior y septal.
- B Anterior, lateral y medial.
- C Septal, lateral y posterior.
- D Derecha, izquierda y posterior.

- 106 .- Con respecto a la etiología de la insuficiencia tricuspídea (IT) orgánica, señale la respuesta FALSA:**
- A La adicción a drogas por vía parenteral predispone a la endocarditis infecciosa con afectación de la válvula tricúspide.
 - B La enfermedad reumática es causa de IT.
 - C La amiloidosis cardíaca es la causa más frecuente de IT en ancianos.
 - D La anomalía de Ebstein es la causa congénita más frecuente de IT.
- 107 .- Con respecto a las indicaciones de cirugía en la valvulopatía tricuspídea, indicar la respuesta FALSA:**
- A En pacientes asintomáticos con estenosis tricuspídea grave, se debe indicar cirugía.
 - B Está indicada en pacientes con estenosis tricuspídea grave, primaria o secundaria, que van a someterse a cirugía de válvula izquierda.
 - C Se debe considerar en pacientes con insuficiencia tricuspídea primaria moderada que van a someterse a cirugía de válvula izquierda.
 - D Se debe considerar en insuficiencia tricuspídea secundaria leve o moderada y dilatación anular mayor o igual a 40 mm, que van a someterse a cirugía de válvula izquierda.
- 108 .- Con respecto a la epidemiología de las endocarditis infecciosa (EI), señale la afirmación INCORRECTA:**
- A Los microorganismos más habituales son los cocos Gram +, fundamentalmente estafilococos.
 - B Hay un progresivo incremento de la EI nosocomial, y en general, de la relacionada con la asistencia sanitaria.
 - C La EI protésica precoz comparte mismos microorganismos que la EI sobre válvula nativa.
 - D La hemodiálisis crónica, la diabetes y los dispositivos intravasculares son tres importantes factores asociados al desarrollo de EI.
- 109 .- ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO forma parte de las manifestaciones de una endocarditis infecciosa?:**
- A Muecas de Rosler.
 - B Nódulos de Osler.
 - C Hemorragia cerebral secundaria a un aneurisma micótico.
 - D Soplo de regurgitación de novo en paciente con prótesis valvular.
- 110 .- En relación con las complicaciones embólicas de la endocarditis infecciosa (EI), señale la afirmación INCORRECTA:**
- A En las EI izquierdas, los territorios más afectados son el cerebral y el esplénico.
 - B El tratamiento anticoagulante disminuye el riesgo embólico de material séptico.
 - C Las vegetaciones de > 10 mm y localizadas en la válvula mitral son de alto riesgo embólico.
 - D Las embolias sépticas pueden ser silentes hasta en un 20% de los casos.
- 111 .- En pacientes con endocarditis infecciosa relacionada con dispositivos cardiacos, señale la afirmación FALSA:**
- A Debe distinguirse entre la infección limitada a la bolsa y la endocarditis que afecta al dispositivo intracardiaco, situaciones que en ocasiones se asocian.
 - B El principal mecanismo es la contaminación durante el implante del dispositivo.
 - C Se recomienda antibioterapia prolongada y en la mayoría de los casos, la extracción del dispositivo.
 - D Se recomienda que la extracción del dispositivo sea siempre quirúrgica, independientemente del tamaño de las vegetaciones.

112.- Respecto a la comunicación interauricular (CIA), señale la afirmación FALSA:

- A La CIA ostium secundum es la más frecuente.
- B La CIA seno venoso superior consiste en un defecto septal ubicado en la región superior y posterior del septo a nivel de la desembocadura de la vena cava superior y se asocia frecuentemente con drenaje anómalo parcial de las venas pulmonares.
- C La CIA ostium primum no se relaciona con malformaciones de las válvulas AV.
- D La CIA seno venoso inferior se localiza a nivel de la desembocadura de la vena cava inferior y su frecuencia es del 1% de todas las CIAs.

113.- En uno de los siguientes supuestos NO está indicado el cierre de la comunicación interauricular (CIA):

- A CIA con $Qp/Qs > 1.5$ con sobrecarga de volumen del ventrículo derecho y resistencias pulmonares menores de 5 UW.
- B CIA con presencia de embolismo paradójico, siempre que se hayan excluido otras causas.
- C CIA con hipertensión pulmonar grave: PAP $> 2/3$ de la PAS o resistencias arteriolares $> 2/3$ de las sistémicas.
- D El cierre de la CIA se puede realizar aunque exista hipertensión pulmonar, si el QP/Qs es $>$ de 1.5 y si en el test de vasodilatación pulmonar existe una clara reactividad pulmonar.

114.- Respecto a los tipos de defecto interventricular (CIV), señale la respuesta FALSA:

- A La CIV perimembranosa es la más frecuente y se localiza en el septo membranoso.
- B El cierre espontáneo de la CIV muscular es muy raro.
- C La CIV muscular supone el 15-20 % de todas las CIV.
- D La CIV del septo conal o infundibular se puede asociar a la aparición de insuficiencia valvular aórtica que puede ser progresiva.

115.- Respecto al cierre del ductus arterioso, señale la respuesta FALSA:

- A Está indicado en ductus arterioso con episodio de endocarditis infecciosa.
- B Está indicado si existen signos de sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo.
- C Está indicado en pacientes con síndrome de Eisenmenger.
- D Los ductus arteriosos silentes no tienen indicación de cierre.

116.- Respecto a la válvula aórtica bicúspide, señale la respuesta FALSA:

- A Es la malformación congénita más frecuente con una prevalencia del 1-2% de la población general.
- B Es más frecuente en mujeres con un ratio de 4:1.
- C Se asocia a anomalías cromosómicas como son los síndromes de Noonan, Turner o Willians-Beuren.
- D La dilatación de la aorta afecta con más frecuencia a su porción ascendente hasta la salida de los troncos supra aórticos.

117.- Respecto a la cuantificación de la insuficiencia valvular pulmonar, señale la respuesta CORRECTA:

- A La cardio-RM es la técnica de elección para evaluar el volumen y la función del VD y la cuantificación de la insuficiencia pulmonar.
- B El tiempo de hemipresión determina el grado de severidad de la insuficiencia pulmonar en adultos; un valor menor de 100 ms se correlaciona con una fracción regurgitante por RM de un 40%.
- C El cateterismo cardíaco derecho diagnóstico, es útil para medir las presiones arteriales pulmonares y calcular las resistencias vasculares pulmonares.
- D Todas las anteriores son ciertas.

118 .- Respecto a la anomalía de Ebstein, señale la respuesta FALSA:

- A La característica fundamental es el fallo en la separación de las valvas septal y postero lateral de la tricúspide que permanecen adheridas a la pared del ventrículo derecho.
- B La comunicación interventricular es la anomalía asociada más frecuente.
- C El desplazamiento apical de la válvula tricúspide, hace que exista una porción del ventrículo atrializada funcionalmente no activa.
- D Se asocia hasta en el 25 % de los casos con síndrome de Wolf Parkinson White.

119 .- De entre las siguientes afirmaciones, señale la FALSA:

- A Las mutaciones en el receptor de la rianodina se han encontrado en aproximadamente el 50% de los pacientes con diagnóstico clínico de taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.
- B Se han relacionado varios genes con la displasia arritmogénica de ventrículo derecho y la mayoría de ellos codifican proteínas del desmosoma.
- C Los genes asociados a la miocardiopatía hipertrófica codifican proteínas del sarcómero.
- D El estudio genético permite genotipar a < 50% de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica familiar.

120 .- En relación a la miocardiopatía dilatada (MD), señale la respuesta FALSA:

- A Se establece el diagnóstico de MD idiopática tras exclusión de enfermedad coronaria, HTA, enfermedad valvular, cardiopatía congénita así como miocarditis, tóxicos o enfermedades metabólicas que la justifiquen.
- B Su prevalencia en adultos es de 1 cada 2500 individuos.
- C Comienza habitualmente en la tercera y cuarta década de la vida.
- D En el caso de la MD familiar, el patrón de herencia predominante, al igual que en otras miocardiopatías, es el autosómico recesivo.

121 .- En la miocardiopatía hipertrófica, ¿cuál de los siguientes marcadores NO se considera de riesgo de muerte súbita para prevención primaria?:

- A Antecedentes familiares de muerte prematura.
- B Ausencia de realce tardío en la RNM.
- C Espesor de la pared del ventrículo izquierdo de 30 mm o más.
- D Síncope inexplicado reciente.

122 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la miocardiopatía hipertrófica?:

- A Tiene una elevada prevalencia, que ronda 1 caso por 500 habitantes.
- B El patrón de herencia es matrilineal.
- C Las mutaciones más frecuentes son las del gen de la cadena pesada de la betamiosina (MYH7) y la de la proteína C fijadora de la betamiosina (MYBPC3).
- D Existen mutaciones no sarcoméricas que causan fenocopias, entre las que se encuentra la enfermedad de Fabry.

123 .- ¿Cuál de los siguientes hallazgos histológicos o anatómicos NO es característico de la miocardiopatía hipertrófica?:

- A Hipertrofia ventricular izquierda, con frecuencia asimétrica.
- B Daño macrovascular coronario.
- C Anomalía del aparato valvular mitral.
- D Desorganización miocitaria.

124 .- Con respecto al manejo de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica, señale la opción INCORRECTA:

- A El ejercicio a nivel competitivo está contraindicado.
- B Se recomienda la aplicación del score CHA2DS2-VASc para valorar anticoagulación en caso de fibrilación auricular.
- C En caso de obstrucción grave sintomática que precise de tratamiento invasivo, la miectomía quirúrgica es el tratamiento de elección.
- D Se recomienda el cribado genético en cascada en familiares de primer grado de pacientes con una mutación definida causante de la enfermedad.

125 .- En relación con el diagnóstico por imagen de miocardiopatía hipertrófica, señale la respuesta FALSA:

- A El realce tardío de gadolinio en la resonancia cardiaca suele localizarse en pared libre de ventrículo derecho y su ausencia descarta con certeza miocardiopatía hipertrófica como causa de la hipertrofia ventricular.
- B En la mayoría de los casos, la hipertrofia es de predominio septal y puede tener un aspecto ecocardiográfico en “vidrio deslustrado”, probablemente relacionado con la fibrosis miocárdica.
- C La imagen “as de picas” es muy sugerente de hipertrofia apical.
- D En caso de obstrucción en tracto de salida, el Doppler continuo muestra un gradiente de presión con pico tardío, a menudo descrito como “ en forma de daga”.

126 .- En la miocardiopatía arritmogénica/displasia del ventrículo derecho, ¿cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?:

- A La herencia es autosómica dominante en la mayoría de los casos.
- B Es siempre necesario realizar una biopsia endocárdica para su diagnóstico.
- C Se caracteriza en el ECG por T invertida y onda epsilon en precordiales derechas.
- D Está indicada la implantación de un DAI como prevención secundaria en todos los pacientes.

127 .- En el diagnóstico de una miocarditis, ¿cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?:

- A En la Cardio-RM presenta un patrón de realce tardío de gadolinio característico con afectación típica subepicárdica.
- B La biopsia miocárdica es la prueba de referencia para el diagnóstico, aunque su sensibilidad diagnóstica es escasa (entre el 35-50%).
- C La serología viral siempre se recomienda por su gran sensibilidad y especificidad.
- D Los biomarcadores carecen de especificidad, pero los niveles de Troponina T altos se relacionan con peor pronóstico.

128 .- Con respecto a las pruebas diagnósticas a realizar a un paciente con insuficiencia cardíaca, señale la respuesta CORRECTA:

- A La ecocardiografía permite valorar la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo.
- B La evaluación del flujo de la insuficiencia tricuspídea y la medida del diámetro de la vena cava inferior durante el ciclo respiratorio, permite estimar la cifra de PAP sistólica y la presión auricular derecha.
- C La RNM cardíaca constituye el método de referencia en la cuantificación de volúmenes y función ventriculares.
- D Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

- 129 .- Con respecto a la insuficiencia cardíaca (IC) crónica, una de las siguientes respuestas es FALSA:**
- A En torno al 1-2% de la población de los países desarrollados padece IC.
 - B La amiloidosis cardíaca es la causa más frecuente por encima de los 70 años.
 - C La prevalencia aumenta por encima del 10% entre los mayores de 70 años.
 - D La mortalidad se estima en torno al 50% a los 5 años del diagnóstico.
- 130 .- De los siguientes fármacos que se mencionan, indique cuál de ellos NO se debe utilizar en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y FEVI reducida:**
- A Digoxina.
 - B Enalapril.
 - C Diltiazem.
 - D Carvedilol.
- 131 .- Los antagonistas de los receptores mineralcorticoides se utilizan en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Indique la respuesta INCORRECTA:**
- A Está contraindicada su utilización con IECA.
 - B Antes de iniciar el tratamiento con estos fármacos se debe conocer la función renal y el potasio sérico.
 - C Se recomienda monitorizar la función renal y el potasio sérico.
 - D La hiperpotasemia es un efecto adverso relativamente frecuente.
- 132 .- Puede ser causa de insuficiencia cardíaca de alto gasto las siguientes situaciones EXCEPTO:**
- A Síndrome coronario agudo.
 - B Sepsis.
 - C Anemia.
 - D Tirotoxicosis.
- 133 .- Señale la respuesta FALSA respecto a la actitud terapéutica en la insuficiencia cardíaca aguda:**
- A No se debe administrar oxígeno en pacientes sin hipoxemia ya que causa vasoconstricción y disminuye el rendimiento cardíaco.
 - B Los fármacos vasodilatadores como nitroglicerina o nitroprusiato deben evitarse en pacientes con hipotensión.
 - C Deben utilizarse fármacos inotrópicos en situación de bajo gasto cardíaco con signos de hipoperfusión.
 - D Los vasopresores como noradrenalina producen vasoconstricción así como un potente efecto inotrópico.
- 134 .- Respecto al fármaco levosimendán, señale la respuesta FALSA:**
- A Aumenta la sensibilidad de las proteínas contráctiles al calcio.
 - B Produce vasodilatación periférica.
 - C La respuesta hemodinámica se mantiene durante varios días.
 - D La respuesta no es buena en pacientes tratados con betabloqueantes.

- 135 .- Es contraindicación para la utilización de ventilación mecánica no invasiva en insuficiencia cardíaca, todas las siguientes circunstancias EXCEPTO:**
- A Vómitos.
 - B Neumotórax.
 - C Nivel de conciencia deprimido.
 - D Hipotensión severa.
- 136 .- En relación a la terapia de resincronización en la miocardiopatía dilatada, señale la respuesta FALSA:**
- A Ha demostrado reducción en los síntomas.
 - B No ha demostrado reducción en mortalidad, salvo cuando va acompañada de DAI.
 - C Se acompaña de remodelado inverso ventricular.
 - D Reduce los ingresos hospitalarios.
- 137 .- La implantación de desfibrilador automático implantable es indicación clase I en las siguientes situaciones EXCEPTO :**
- A En prevención secundaria tras PCR por FV o TV con inestabilidad hemodinámica no asociada a una causa transitoria o reversible.
 - B En prevención primaria tras 40 días de IAM, FEVI \leq 35% y en clase funcional II-III/IV NYHA.
 - C En prevención primaria tras 40 días de IAM, FEVI \leq 30% independientemente de la clase funcional.
 - D En prevención primaria en miocardiopatía dilatada idiopática, FE \leq 35% y clase funcional I/IV NYHA.
- 138 .- Son factores de riesgo de no respuesta a terapia de resincronización, los siguientes EXCEPTO:**
- A Complejo QRS ancho sin morfología de BRIHH (BRDHH ó TCIV).
 - B Duración del QRS < 150 ms.
 - C Ausencia de asincronía inter/intraventricular y/o escara extensa en prueba de imagen.
 - D Miocardiopatía dilatada idiopática.
- 139 .- Paciente con miocardiopatía dilatada isquémica con FEVI 45%, en tratamiento médico óptimo y clase funcional II/IV de la NYHA, que presenta un bloqueo AV completo que persiste tras la retirada de betabloqueante, ¿qué tipo de marcapasos indicaría?:**
- A Bicameral.
 - B Monocameral.
 - C TRC.
 - D TRC-DAI.
- 140 .- Con respecto a los dispositivos de asistencia mecánica circulatoria, ¿qué frase es INCORRECTA?:**
- A Se trata de dispositivos que pueden ser utilizados en espera para la toma de decisiones sobre la trasplantabilidad de un paciente, cuando este presenta alguna contraindicación relativa.
 - B Pueden ser dispositivos para una asistencia a corto plazo en un fracaso de bomba post-cirugía.
 - C Están indicados en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda con patologías de base potencialmente recuperables.
 - D Pueden ser utilizados como terapia de destino en pacientes potencialmente trasplantables.

- 141 .- Varón de 35 años con un cuadro de pericarditis aguda con derrame pericárdico, dolor persistente y fiebre después de tres semanas de tratamiento con colchicina 1 mg diario y AAS 1 gr/6 horas, ¿qué actitud tomaría?:**
- A Cambiar a colchicina más ibuprofeno o indometacina.
 - B Iniciar corticoides.
 - C Drenaje quirúrgico con biopsia pericárdica.
 - D Pericardiocentesis.
- 142 .- ¿En qué paciente sería IMPROBABLE que terminara necesitando una pericardiocentesis por taponamiento cardíaco?:**
- A Pericarditis tuberculosa.
 - B Pericarditis purulenta.
 - C Pericarditis neoplásica.
 - D Síndrome de Dressler.
- 143 .- Respecto al taponamiento cardíaco, señale la respuesta FALSA:**
- A Debe sospecharse ante todo paciente con signos de fallo cardíaco derecho sin clínica de fallo izquierdo.
 - B El hallazgo ecocardiográfico en presencia de derrame pericárdico de colapso en diástole del ventrículo derecho, es el signo más específico.
 - C La presencia de pulso arterial paradójico es específico.
 - D En pacientes con taponamiento y estabilidad hemodinámica, especialmente en pericarditis idiopática, es razonable adoptar una actitud expectante, ya que pueden responder a AINEs sin llegar a precisar pericardiocentesis.
- 144 .- En cuanto a la pericarditis constrictiva, son hallazgos característicos los siguientes, EXCEPTO:**
- A Aumento paradójico de la presión venosa yugular durante la inspiración.
 - B Calcificación pericárdica en la mayoría de los pacientes en la radiografía de tórax.
 - C Movimiento anormal del septo interventricular en forma de desplazamiento anterior en protodiástole en el ecocardiograma.
 - D Signo de raíz cuadrada o dip plateau con presiones diastólicas de ventrículo derecho e izquierdo igualadas e interdependencia ventricular en el cateterismo cardíaco.
- 145 .- En relación con los tumores cardíacos, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:**
- A El fibroeslastoma es un tumor maligno, que como tal suele localizarse en cavidades derechas e infiltrar miocardio.
 - B El mixoma es el tumor primario más frecuente en el adulto.
 - C Los tumores cardíacos metastásicos son 20-40 veces más frecuentes que los primarios.
 - D El mixoma se localiza habitualmente en la aurícula izquierda, y su punto de anclaje habitual es la fosa oval.

146 .- Con respecto a la cardiotoxicidad generada por los tratamientos quimioterápicos del cáncer, señale la afirmación CORRECTA:

- A La cardiotoxicidad por antraciclinas es dosis dependiente.
- B La FEVI es buen predictor de la evolución clínica y es la variable más utilizada para valorar la cardiotoxicidad.
- C La ecocardiografía es la técnica de elección para la monitorización de la función cardíaca en estos pacientes.
- D Todas son ciertas.

147 .- En relación sobre el efecto de la radioterapia (RT) sobre el corazón, señale la respuesta INCORRECTA:

- A La afectación miocárdica es poco frecuente y a menudo subclínica.
- B Es posible la afectación de las arterias coronarias epicárdicas, que típicamente se localiza en los segmentos más distales de las mismas.
- C La cardiotoxicidad de la RT está relacionada con la dosis total de la misma y el tratamiento con quimioterápicos.
- D La afectación pericárdica puede manifestarse años después, en forma de pericarditis o incluso de constricción pericárdica.

148 .- En relación con los aneurismas de aorta, señale la respuesta INCORRECTA:

- A La ecocardiografía transtorácica permite en la mayoría de casos, una adecuada valoración de la aorta torácica proximal.
- B Se recomienda abandono del hábito tabáquico, control estricto de la presión arterial y seguimiento periódico del tamaño de la aorta.
- C Los pacientes con síndrome de Loeys-Dietz tienen riesgo de sufrir disección aórtica a edades más tempranas y con diámetros menores que los pacientes con síndrome de Marfan.
- D La indicación de cirugía electiva en el síndrome de Marfan es la misma que en la población general (> 55 mm).

149 .- En el síndrome aórtico agudo NO es verdad que:

- A La disección aórtica es responsable el 80% de los síndromes aórticos agudos, frente al 5% de las úlceras penetrantes.
- B El dolor es la presentación más frecuente y típicamente es de instauración brusca y en ocasiones puede ser migratorio.
- C El síncope es la presentación más habitual en los síndromes aórticos tipo B de Stanford.
- D El ECG puede evidenciar patrones de necrosis, especialmente en las disecciones de aorta proximal.

150 .- En los síndromes aórticos agudos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:

- A La mortalidad aguda de la disección aórtica tipo A es mayor, casi el triple, que la tipo B.
- B La úlcera penetrante aguda se localiza con más frecuencia en la aorta ascendente.
- C En la disección aórtica aguda tipo A está indicado el tratamiento quirúrgico urgente, salvo contraindicaciones.
- D El manejo del hematoma intramural es en general el mismo que el de la disección aórtica.

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

- 151 .- En relación con la diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:**
- A Cerca del 75% de las muertes en los pacientes diabéticos están en relación con enfermedad coronaria.
 - B Se recomienda terapia hipolipemiante en diabéticos por encima de 40 años independientemente de que tengan o no enfermedad vascular establecida.
 - C El tratamiento antiagregante está indicado en prevención primaria en todo paciente diabético tipo 2.
 - D Se recomienda un objetivo de HbA1c inferior a 7 para disminuir el riesgo vascular y complicaciones microvasculares.
- 152 .- De entre los siguientes cuál NO prolonga el intervalo QTc en el ECG:**
- A Antiarrítmicos grupo Ia y III.
 - B Antibióticos como quinolonas y eritromicina.
 - C Antihistamínicos.
 - D Hiperpotasemia.
- 153 .- La ecocardiografía de contraste con suero salino agitado es útil para la detección de:**
- A Foramen ovale permeable.
 - B Trombo en orejuela izquierda.
 - C Alteraciones en la contractilidad segmentaria de ventrículo izquierdo.
 - D En todos los casos previos.
- 154 .- En relación con la ecocardiografía transesofágica, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A El antecedente de radioterapia mediastínica es una contraindicación relativa.
 - B Está indicada siempre la profilaxis de la endocarditis infecciosa previa a la introducción de la sonda.
 - C Debe hacerse bajo sedación y monitorización electrocardiográfica.
 - D Habitualmente, el plano transversal se obtiene mediante la introducción de la sonda unos 30 cm desde la arcada dentaria.
- 155 .- ¿Qué ventajas presentan los anticoagulantes de acción directa frente a los antivitamina K (AVK)?:**
- A Efecto anticoagulante estable.
 - B No precisan controles periodicos de INR.
 - C Rapidez de inicio del efecto anticoagulante, horas frente a días con AVK.
 - D Todas las anteriores son ciertas.
- 156 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la taquicardia ventricular (TV) idiopática de tracto de salida?**
- A Es la TV idiopática más frecuente y en un 70% de los casos se trata de TV de tracto de salida de ventrículo derecho.
 - B Desde un punto de vista electrofisiológico, son arritmias en relación con mecanismo de macrorreentrada.
 - C Generalmente presentan un QRS con morfología de bloqueo de rama izquierda, con eje inferior en plano frontal.
 - D Las formas con origen en tracto de salida derecho son más frecuentes en mujeres.

- 157 .- Respecto a las técnicas de revascularización coronaria, ¿qué frase es INCORRECTA?:**
- A En la actualidad, la angioplastia percutánea representa la estrategia más utilizada.
 - B Para los casos más complejos se sugiere un planteamiento en equipo entre el cardiólogo intervencionista, el cirujano y el cardiólogo clínico (heart team).
 - C Es indispensable conocer las cifras de morbimortalidad de las diferentes modalidades en cada hospital.
 - D La valoración aislada de la anatomía coronaria es suficiente para justificar una revascularización.
- 158 .- ¿En qué paciente con insuficiencia mitral severa NO consideraría el tratamiento quirúrgico?:**
- A Asintomático, con FEVI \geq 60%, DTSVI $<$ 40 mm y baja probabilidad de reparación.
 - B Sintomático, con FEVI $>$ 30% y DTSVI $<$ 55 mm.
 - C Asintomático, con FEVI $<$ 60% y/o DTSVI $>$ 45 mm.
 - D Sintomático en GBF III/IV NYHA a pesar de tratamiento médico, con FEVI $<$ 30% y/o DTSVI $>$ 55 mm con probabilidad alta de reparación y baja comorbilidad.
- 159 .- ¿Cuál de las siguientes situaciones NO es indicación de cirugía en un paciente con endocarditis infecciosa?:**
- A Insuficiencia mitral severa por perforación de velo valvular en situación de insuficiencia cardíaca.
 - B Vegetación de 9 mm a nivel válvula aórtica con regurgitación moderada.
 - C Absceso en raíz aórtica perforado a aurícula derecha.
 - D Vegetación de 15 mm y embolismos de repetición.
- 160 .- En el manejo inicial de los pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca aguda, ¿cuál NO sería una medida necesaria?:**
- A Coronariografía urgente en pacientes con síndrome coronario agudo de alto riesgo.
 - B Evaluación hemodinámica invasiva sistemática con catéter de arteria pulmonar.
 - C Ventilación mecánica no invasiva en pacientes con distrés respiratorio.
 - D Diuréticos y vasodilatadores en pacientes con TAS $>$ 110 mmHg.