

1.- Según las guías de práctica clínica de marcapasos y resincronización cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología del 2021 de insuficiencia cardiaca, si un paciente con una miocardiopatía dilatada con una FEVI del 38%, con fibrilación auricular que presenta un bloqueo auriculoventricular completo con indicación de implante de marcapasos

- a) Se debería implantar un marcapasos resincronizador en vez de un marcapasos con estimulación en ventrículo derecho. (Indicación clase I)
- b) Es recomendable implantar un marcapasos resincronizador en vez de un marcapasos con estimulación en ventrículo derecho. (Indicación clase IIa)
- c) Se recomienda implantar un marcapasos con estimulación en ventrículo derecho y hacer la mejora a resincronizador en función de los síntomas
- d) Solo se debe implantar en este caso un resincronizador si el QRS basal es ancho.

2.- Según las guías de práctica clínica de la sociedad europea de cardiología del 2021 de insuficiencia cardiaca cual de estos parámetros sugiere disfunción diastólica

- a) Masa ventricular 90 g/m²
- b) Volumen de aurícula izquierda 38 ml/m² (En fibrilación auricular)
- c) Cociente de E/e' 8
- d) NT-proBNP 350 pg/mL (en ritmo sinusal)

3.- Según las guías de práctica clínica de la Sociedad europea de cardiología del 2021 de insuficiencia cardiaca un paciente que ingresa con insuficiencia cardiaca aguda señale la respuesta correcta en relación al uso de diuréticos.

- a) El uso de un bolo único de furosemida diario se prefiere por el mayor efecto diurético.
- b) Si a las dos horas el sodio en orina es de 30 meq/L se debería mantener el mismo tratamiento diurético, sin aumentar dosis.
- c) La combinación de diuréticos se desaconseja en casos refractarios por el aumento de los efectos secundarios.
- d) La dosis intravenosa en pacientes que ya toman diuréticos debería empezar por entre una y dos veces la dosis equivalente oral.

4.- En relación con Vericiguat señale el enunciado INCORRECTO.

- a) Tiene indicación IIb en las guías de la sociedad europea de insuficiencia cardiaca de 2021 en pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida en clase NYHA II-V con empeoramiento de su insuficiencia cardiaca a pesar de tratamiento con IECA (o sacubitrilo valsartan), betabloqueante y un antagonista de la aldosterona para reducir el riesgo de mortalidad cardiovascular u hospitalización.
- b) La dosis objetivo es 10 mg al día.
- c) Es un estimulador intravenoso de la guanilato ciclasa soluble
- d) El estudio Victoria, donde se examina el efecto del vericiguat es un estudio de fase III, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo.

5.- Según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología del 2021 de insuficiencia cardiaca cuál de las siguientes intervenciones tiene indicación de clase I en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.

- a) Uso de diuréticos si hay congestión
- b) Ivabradina en pacientes en ritmo sinusal y frecuencia cardiaca por encima de 70 pese a dosis máxima de tratamiento betabloqueantes
- c) Implante de un desfibrilador como prevención primaria en pacientes con miocardiopatía dilatada, en clase funcional III, de etiología no isquémica

- d) Reparación percutánea mitral en pacientes seleccionados cuidadosamente con insuficiencia mitral secundaria que no sean subsidiarios de cirugía y no necesiten revascularización coronaria, quienes persisten sintomáticos pese a tratamiento médico óptimo y cumplen criterios para reducir hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca.

6.- Según las guías de práctica clínica de insuficiencia cardiaca de la Sociedad Europea de cardiología de 2021 que betabloqueante se recomienda preferiblemente en caso de pacientes en tratamiento por cáncer en pacientes que desarrollan disfunción sistólica

- a) atenolol
- b) metoprolol
- c) carvedilol
- d) Bisoprolol

7.- Cual de los siguientes scores no se utiliza para evaluar la severidad del tromboembolismo pulmonar?

- a) BOVA
- b) H-FABP
- c) PESI
- d) Score de Ginebra

8.-En el algoritmo diagnóstico de sospecha del tromboembolismo pulmonar en un paciente con inestabilidad hemodinámica cual es la primera prueba que se recomienda según las guías de práctica clínica de la sociedad Europea de cardiología.

- a) Ecocardiograma transtorácico.
- b) TAC de tórax con contraste
- c) Electrocardiograma
- d) No se recomienda ninguna prueba, con la clínica es suficiente

9. En relación con el tratamiento del tromboembolismo pulmonar, la anticoagulación crónica.

- a) Se recomienda un mínimo de seis meses para todos los pacientes.
- b) Se recomienda tratamiento anticoagulante indefinido (acción directa o antivitamina K) para los pacientes con síndrome antifosfolípido.
- c) Se recomienda tratamiento anticoagulante indefinido (acción directa o antivitamina k) para los pacientes con TEP recurrente no relacionado con factores reversibles.
- d) En los pacientes con cancer el tratamiento con antivitamina K es la primera opción.

10.- Cual de las siguientes condiciones no es un factor de mal pronóstico en la pericarditis aguda?

- a) Fiebre de más de 38°.
- b) Taponamiento cardiaco
- c) Inicio subagudo
- d) miopericarditis

11.- En cuanto al tratamiento de la pericarditis aguda

- a) La colchicina solo se recomienda en casos de recurrencia
- b) La restricción de ejercicio físico en atletas se recomienda al menos durante 6 meses
- c) La aspirina se recomienda como segunda línea de tratamiento

d) Se pueden considerar corticoides a dosis bajas en casos seleccionados como enfermedad autoinmune.

12.- En relación con la actividad física en paciente con distintas patologías cardiovasculares señale la respuesta FALSA, de acuerdo con las guías del 2020 de la sociedad europea de cardiología de cardiología del deporte y ejercicio en pacientes con enfermedad cardiovascular

- a) Los deportes de alta intensidad no se recomiendan en pacientes con IC con FEVI reducida independientemente de los síntomas
- b) Los pacientes con insuficiencia mitral severa y una FEVI del 55% no deben practicar ejercicio físico de forma competitiva.
- c) un paciente con enfermedad de Marfan corregida quirúrgicamente con buen resultado se considera de bajo riesgo y podría participar en deportes de cualquier intensidad
- d) Después de tomar flecainida o propafenona como estrategia de "pill in the pocket" no se recomienda la práctica deportiva hasta que pasen al menos dos vidas medias del tratamiento antiarrítmico.

13.- En relación con las diferencias entre los miocitos ventriculares y auriculares señale la respuesta CORRECTA

- a) Los miocitos ventriculares tienen un diámetro menor
- b) La forma de los miocitos ventriculares es elíptica, y la de los auriculares larga y estrecha.
- c) los cardiomiocitos constituyen más del 75% de las células cardíacas.
- d) los miocitos ventriculares tienen abundantes mitocondrias

14.- En relación con las proteínas contráctiles señale el enunciado INCORRECTO

- a) Las dos proteínas contráctiles principales son la actina y la miosina.
- b) La contracción se inicia al unirse el ion de calcio a la troponina T
- c) Los filamentos de miosina están conectados a las líneas Z a ambos lados del sarcómero.
- d) Los filamentos finos y gruesos se deslizan entre ellos, no se alargan ni se acortan

15.- Cual de los siguientes hallazgos ecocardiográficos sugieren la presencia de hipertensión pulmonar

- a) un cociente del diámetro basal del ventrículo derecho entre el izquierdo de 0,8
- b) Un tiempo de aceleración del tracto de salida del ventrículo derecho de 120 ms
- c) Un diámetro de la arteria pulmonar de 23 mm
- d) un área de la aurícula derecha de 25 cm²

16.- Cual de los siguientes es un marcador de riesgo alto en un paciente con hipertensión arterial pulmonar

- a) Clase funcional III
- b) NT-proBNP de 1200
- c) Derrame pericárdico moderado
- d) Saturación venosa mixta de 65%

17.- En relación con el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar a que grupo terapéutico pertenece el selexipag oral

- a) Es un agonista selectivo del receptor de prostaciclina
- b) Es un análogo de la prostaciclina
- c) Es un inhibidor de la fosfodiesterasa 5
- d) Es un estimulador de la guanilato ciclasa.

18.- En relación con la amiloidosis cardiaca. Señale la respuesta CORRECTA

- a) La ruptura del tendón del bíceps se encuentra más frecuentemente en la amiloidosis AL que en la ATTRwt
- b) Realizar una biopsia endomiocárdica no es necesario para el diagnóstico con un SPECT positivo grado 2 si el estudio hematológico es negativo
- c) La resonancia cardiaca es la prueba no invasiva con mayor especificidad para la amiloidosis por transtiretina
- d) El estudio genético es necesario una vez se diagnostica amiloidosis por cadenas ligeras

19.- Dentro de las características ecocardiográficas de la amiloidosis cardiaca. Señale la respuesta CORRECTA

- a) La velocidad del doppler tisular s', e' y a' suele ser normal.
- b) El strain longitudinal característicamente no se afecta
- c) Un grosor de pared de 10 mm ya debe alertar sobre la presencia de amiloidosis
- d) Característicamente el strain longitudinal está más deprimido en las bases que en el ápex

20.- Las siguientes variables son comúnmente utilizadas en el pronóstico de la amiloidosis cardiaca excepto una, señalela:

- a) Clase de la NYHA
- b) Troponina T
- c) NT-proBNP
- d) Edad

21.- En relación con la presentación clínica de los síndromes coronarios agudos en los pacientes con infección por VIH. Señale la respuesta INCORRECTA

- a) Algunos antirretrovirales se asocian a un aumento del riesgo cardiovascular
- b) Los pacientes suelen ser una década más joven que los no infectados
- c) Tienen un pronóstico generalmente bueno a corto plazo
- d) Lo más frecuente es encontrar enfermedad multivaso en la coronariografía.

22.- Cual de las siguientes respuestas es FALSA respecto a la fisiopatología de la placa de ateroma complicada cuando se debe a erosión y trombosis:

- a) El trombo que se forma suele ser no oclusivo, a menudo sésil
- b) Estas placas suelen tener escasa remodelación expansiva
- c) Se debe a erosión del endotelio y la cubierta fibrosa no suele estar rota
- d) El trombo que se forma suele ser rico en fibrina "trombo rojo"

23.- Varón de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino-dependiente, dislipemia y un accidente isquémico transitorio 3 meses antes, que ingresa por IAMSEST realizándose una coronariografía en la que se detecta lesión severa larga en descendente anterior proximal-media que se trata percutáneamente con stent farmacoactivo de 3 mm de diámetro por 38mm de longitud. ¿Qué antiagregante no usaría?:

- a) Ácido acetil-salicílico
- b) Clopidogrel
- c) Prasugrel
- d) Ticagrelor

24.- Con respecto a la cirugía de revascularización (CABG) en los pacientes con SCASEST, señale la respuesta FALSA:

- a) Un 20% de los pacientes con SCASEST requieren CABG.
- b) Los pacientes con SCASEST constituyen un grupo de mayor riesgo comparados con los pacientes estables sometidos a CABG electiva.
- c) El riesgo de eventos isquémicos probablemente relacionados con un tratamiento antiagregante inadecuado durante la espera para cirugía es $< 0,1\%$
- d) Las complicaciones hemorrágicas perioperatorias asociadas con el tratamiento de inhibición plaquetaria son $>10\%$.

25.- Con respecto a la revascularización quirúrgica con injertos arteriales, señala cual respuesta es FALSA:

- a) El uso de injertos bilaterales de arteria mamaria interna (AMI) se ha asociado con un aumento de la incidencia de dehiscencia esternal y una tasa aumentada de mediastinitis en pacientes obesos y en diabéticos
- b) Los resultados del análisis provisional a los 5 años en el estudio ART muestran diferencias favorables en las tasas de la variable compuesta de muerte, IM o ACV entre pacientes revascularizados con dos injertos de AMI frente a uno.
- c) La arteria radial es una alternativa como segunda opción de injerto arterial para los pacientes en quienes la AMI bilateral no sea factible, en caso de alto riesgo de complicaciones de la herida esternal o como tercer injerto arterial
- d) Se recomienda la técnica de injerto de AMI esqueletizado para los pacientes con más riesgo de complicaciones de la herida esternal

26.- Respecto a la cirugía de revascularización coronaria, cuál de las siguientes respuestas consideras FALSA:

- a) No se recomienda la medición del flujo en el injerto durante los procedimientos de revascularización quirúrgica para evitar alargar los tiempos de isquemia
- b) El volumen de CABG de un hospital tiene un impacto significativo en la mortalidad hospitalaria, así como el número de procedimientos por cirujano
- c) Debe considerarse el empleo de tomografía computarizada (TC) de la aorta ascendente para pacientes mayores de 70 años o con signos de aterosclerosis extensa y generalizada antes de la cirugía de revascularización
- d) Se recomienda la CABG sin circulación extracorpórea (CEC), y preferiblemente con técnicas "no-touch" realizadas por operadores expertos, para pacientes con enfermedad aterosclerótica significativa de la aorta

27.- En la enfermedad coronaria estable, anatomía coronaria adecuada para ambos procedimientos de revascularización y baja mortalidad quirúrgica estimada, en cual de las siguientes situaciones NO tienen el mismo nivel de recomendación la revascularización quirúrgica (CABG) que la intervención coronaria percutánea (ICP):

- a) Enfermedad en tronco común izquierdo con una puntuación SYNTAX baja (0-22)
- b) Enfermedad coronaria de 1 vaso con estenosis en descendente anterior proximal
- c) Enfermedad de 3 vasos con una puntuación SYNTAX baja (0-22) en no diabéticos
- d) Enfermedad coronaria de 2 vasos sin estenosis en descendente anterior proximal

28.- En cuanto a la insuficiencia mitral primaria u orgánica es falso que:

- a) En el estudio EVEREST II en el seguimiento a los 5 años los pacientes tratados con Mitraclip que no requirieron intervención al inicio presentaron la misma tasa de IM residual y reintervención que los pacientes operados.
- b) En el estudio EVEREST II la mortalidad a los 5 años fue más elevada en el grupo tratado con Mitraclip.
- c) El EuroHeart survey demostró que casi la mitad de los pacientes con indicación para cirugía no se operan.
- d) En el estudio EVEREST II el Mitraclip demostró ser una terapia segura con una tasa de complicaciones baja.

29.- En cuanto a la insuficiencia mitral secundaria es FALSO que:

- a) Según las series de ICC la tasa de pacientes con IM funcional con indicación para cirugía no se opera en casi un 90% de los casos.
- b) Los pacientes con IM secundaria tratados con Mitraclip mejoran en su mayoría la CF NYHA, pero el porcentaje de los que mejoran es inferior que los pacientes con IM primaria probablemente debido a la disfunción ventricular.
- c) Los pacientes que presentan fibrilación auricular responden mejor a la reparación transcatéter.
- d) En el estudio COAPT el grupo tratado con Mitraclip y tratamiento médico óptimo presentó una menor mortalidad a los 2 años.

30. En relación la insuficiencia mitral, señale la INCORRECTA.

- a) Cuando varios parámetros ecocardiográficos usados para la graduación de la insuficiencia mitral son inconsistentes, la Cardio Resonancia Magnética (CRM) es una alternativa válida para cuantificar el volumen regurgitante y es la referencia estándar para cuantificar los volúmenes de VI y AI
- b) Además, la cuantificación de la regurgitación mitral con CRM ha mostrado implicaciones pronósticas.
- c) La fibrosis miocárdica estudiada con CRM es frecuente en la insuficiencia mitral primaria, pero ello no se ha visto asociado con muerte súbita o arritmias ventriculares.
- d) En pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral primaria y VI y AI no dilatados, valores bajos de BNP se asocian con baja mortalidad y pueden así ser de utilidad

31. Sobre el tratamiento de la insuficiencia mitral crónica (IMC) que es FALSO

- a) En la IMC primaria con FE preservada, hay evidencia para el uso profiláctico de vasodilatadores.
- b) Tras la reparación transcatéter de la IMC primaria, se han visto cifras de IM moderada y severa entre el 23-30% y por ello se sugiere como apropiado, la realización de un ecocardiograma anual.
- c) En pacientes con IM auricular funcional (atrial functional mitral regurgitation), la FEVI es habitualmente normal, la dilatación del VI es menos pronunciada y la dilatación del anillo mitral representa el principal mecanismo de la regurgitación mitral
- d) Los IECA se deben de considerar cuando se desarrolla insuficiencia cardíaca en pacientes no aptos para cirugía o con síntomas persistentes tras la misma. También los Beta bloqueantes y los inhibidores de la espironolactona.

32.- Sobre la Estenosis mitral (EM) que es falso

- a) La valvuloplastia mitral (VPM) debe considerarse (clase IIa) en pacientes asintomáticos
- b) Sin características clínicas o anatómicas desfavorables para la VPM y alto riesgo de tromboembolismo (historia de embolismo previo, ecocontraste denso en AI, FA paroxística o de reciente comienzo).
- c) La VPM se debe de considerar (clase IIa) en pacientes asintomáticos sin características clínicas o anatómicas desfavorables para la VPM y alto riesgo de descompensación hemodinámica (PAPS >50mmHg en reposo, necesidad de cirugía no cardíaca mayor, deseo de embarazo).
- d) En raros casos, la EM debida a rigidez valvular, pero sin fusión comisural, puede estar relacionada con radiación torácica previa, enfermedad carcinoide cardíaca o enfermedades metabólicas heredadas.
- e) La EM degenerativa relacionada con calcificación del anillo mitral es una patología diferente y su prevalencia aumenta significativamente con la edad y es más frecuente en varones y altera fundamentalmente la base anterior de la valva anterior mitral.

33.- Sobre el aporte miocárdico de oxígeno que es VERDAD:

- a) El Ventrículo derecho y el izquierdo reciben ambos el 50% del flujo sanguíneo al corazón
- b) Extracción de oxígeno de la sangre arterial es un 50% pudiendo incrementar el resto en ejercicio
- c) Una bajada de la pO₂ de 90 a 70 tiene más importancia que una disminución de hemoglobina de 12 gr a 8 gr en la aportación de oxígeno al miocardio
- d) La reserva cardíaca de oxígeno es escasa

34.- De las siguientes afirmaciones sobre la fisiología coronaria cuál es la INCORRECTA.

- a) Cuando la presión coronaria media cae por debajo de 40 mm Hg, las arterias coronarias de resistencia están dilatadas a su máxima capacidad y el flujo llega a ser presión dependiente resultando en isquemia subendocárdica.
- b) La capacidad que tiene el corazón de incrementar el flujo coronario por encima de los valores de reposo como respuesta a los vasodilatadores es 4-5 veces y se llama reserva coronaria
- c) En reposo la Presión y el Flujo Coronario son directamente proporcionales
- d) La reserva coronaria está disminuida durante la taquicardia

35.- Sobre los estudios que comparaban las medidas de los índices de FFR e iFR señale lo incorrecto.

- a) Los estudios randomizados que comparaban las medidas de los índices de FFR e iFR mostraron resultados muy comparables
- b) En estos estudios randomizados que comparaban las medidas de los índices de FFR e iFR, sólo había entre un 15-17% de pacientes con SCASEST
- c) Hay estudios randomizados comparando la FFR con otros índices aparte de con la iFR.
- d) En el estudio randomizado (FAMOUS-NSTEMI) en pacientes con SCASEST a recibir una estrategia de revascularización basada en el FFR o en angiografía coronaria sólo, el tratamiento en el grupo con FFR cambió la estrategia inicial en aproximadamente 1/5 de los pacientes resultando en una mayor proporción de pacientes tratados medicamente (22% vs 13% aproximadamente), y sin que esto llevase a más eventos cardíacos adversos en el seguimiento (EHJ 20215)

36.- Sobre los recursos sanitarios y su distribución en relación con el Código Infarto en Extremadura que es FALSO

- a) La ordenación sanitaria de Extremadura, organiza la asistencia sanitaria en dos niveles territoriales: Áreas de salud y Zonas de salud.
- b) Existen actualmente 4 hospitales con capacidad para realizar ACTP primaria (situados en Badajoz, Cáceres, Mérida y Don Benito).
- c) Existen dos unidades medicalizadas aéreas
- d) El hospital de Llerena depende para las ICP primarias de Mérida pero el de Zafra de Badajoz

37.- Sobre el IAM (SCACEST) en la mujer que enunciado es INCORRECTO.

- a) El SCA ocurre 3 a 4 veces más a menudo en hombres que en mujeres debajo de los 60 años, pero tras los 75 años, las mujeres son mayoría.
- b) Las mujeres tienden a presentarse con más frecuencia con síntomas atípicos, hasta un 30% y suelen presentarse con más retraso
- c) Tienen más riesgo de complicaciones de sangrado con ICP
- d) Algunos estudios sugieren una tendencia de que las mujeres reciben más intervenciones y terapia de reperfusión que los hombres

38.- Sabrías decir de las variables del score de TIMI para el SCACEST cuál de las siguientes tiene más peso

- a) Edad > 75 años
- b) FC >100
- c) Localización anterior
- d) Diabetes

39. En un paciente de 78 años con SCACEST que lleva con dolor 2 horas y al que recoge el 112 a 140 minutos de un centro con ICP que estrategia te parece la más ADECUADA

- a) Trombólisis a dosis completa
- b) Estrategia farmacoinvasiva con mitad de dosis de Reteplase
- c) Esperar a ICP primaria sin trombolisar, sólo con aspirina
- d) Poner un inhibidor IIb/IIIa y traslado a ICP primaria

40. De acuerdo con las ultimas guías de la sociedad europea de cardiología sobre pacientes valvulares que es FALSO

- a) En los pacientes con IT primaria severa asintomáticos o levemente sintomáticos se debe de considerar cirugía si hay dilatación del VD y son apropiados para cirugía.
- b) La VPM se debe de considerar en pacientes asintomáticos con $EM \leq 1,5 \text{ cm}^2$ sin condiciones clínicas o anatómicas desfavorables que tengan riesgo tromboembólico alto (historia previa de embolismo, efecto humo significativo, FA paroxísticas o de reciente comienzo)
- c) La VPM se debe de considerar en pacientes asintomáticos con $EM \leq 1,5 \text{ cm}^2$ sin condiciones clínicas o anatómicas desfavorables que tengan alto riesgo de descompensación hemodinámica (PSAP > 50 mm Hg, precisar cirugía no cardíaca o mayor deseo de embarazo)
- d) En el score de MIDA (Mitral Regurgitation International Database) el factor de más peso es la FEVI $\leq 60\%$

41. Sobre el tratamiento antitrombótico en los siguientes contextos valvulares señale lo INCORRECTO

- a) En pacientes en FA a los que se implanta prótesis biológica en posición mitral se deben de considerar NACO sobre antagonistas de la vit K tras 3 meses del implante
- b) En pacientes en FA a los que se realiza TAVI se les debe dejar con ACO + CLOPI
- c) En pacientes en RS a los que se implanta TAVI es mejor dejarles sólo con aspirina
- d) En pacientes con TAVI en RS pero con reducción de movimiento y engrosamiento en alguna valva que lleve a aumento del gradiente se debe de considerar ACO al menos hasta su reducción o desaparición

42. De las siguientes situaciones para uso del Triclip en la IT severa en cuál de ellas es más IMPROBABLE el éxito

- a) Gap de coaptación <7,2 mm y jet de IT central o anteroseptal
- b) Gap de coaptación <7,2 mm y jet de IT no central o no anteroseptal
- c) Gap de coaptación >7,2 mm y jet de IT central o anteroseptal
- d) Gap de coaptación >7,2 mm y jet de IT no central o no anteroseptal

43. Señale sobre el intervencionismo en Mitral o Tricúspide que es INCORRECTO

- a) La presencia del cable de MP no contraindica el intervencionismo sobre la válvula tricúspide siempre que el electro catéter no interfiera en el mecanismo de la regurgitación.
- b) En la reparación borde a borde de la IT no existe mayor riesgo de daño o desgarro de los velos que en la IM
- c) Las IT significativas suponen aproximadamente el 5% de las ecocardiografías hospitalarias
- d) Hasta un 30% de las IT significativas son de grado severo o mayor

44.- En relación con la intervención de la válvula tricúspide por vía percutánea señale lo INCORRECTO.

- a) La presencia de PAPs > 60 mm Hg es una contraindicación para el implante de Tricento
- b) Un TAPSE < 12 es una contraindicación para el implante de Tricento en el tratamiento de la IT por vía percutánea
- c) El plano transgástrico se utiliza para la orientación del Triclip
- d) En el estudio TRILUMINATE con Triclip sobre la IT se obtuvo una reducción de al menos un grado en el 50% de los pacientes

45 Todas las patologías que se relacionan a continuación producen característicamente soplos mesosistólicos, excepto:

- a) Estenosis Valvular Pulmonar.
- b) Estados hipercinéticos.
- c) Insuficiencia Mitral aguda
- d) Dilatación de la arteria pulmonar

46.- Distintas intervenciones pueden alterar la intensidad de los soplos cardiacos. De los siguientes enunciados, señala el INCORRECTO:

- a) Después de liberar la maniobra de Valsalva, los soplos del corazón izquierdo tienden a volver a la intensidad inicial antes que los derechos.
- b) Con la bipedestación la mayoría de los soplos disminuye excepto el soplo de la Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva que se intensifica.
- c) Los soplos producidos por el flujo sanguíneo a través de válvulas normales u obstruidas se intensifican con el ejercicio isotónico e isométrico.
- d) Los soplos del corazón derecho aumentan con la inspiración.

47 El signo de Schamroth se relaciona con:

- a) Afectación cardiaca en la enfermedad de Ehlers-Danlos.
- b) Derrame pericárdico.
- c) Acropaquias.
- d) Aortitis luética.

48. En relación con la Resonancia Magnética Cardiaca en las miocardiopatías, señala la CORRECTA:

- a) En la miocardiopatía hipertrófica el estudio del edema miocárdico rara vez resulta anómalo.
- b) En la miocardiopatía arritmogénica de VD con frecuencia aparecen áreas parcheadas de edema.
- c) En la amiloidosis cardiaca el mapa de realce tardío con gadolinio es circunferencial, difuso y a menudo subendocárdico.
- d) El patrón de realce tardío con gadolinio en la enfermedad de Chagas es epicárdico con frecuente afectación de pared posterolateral.

49 El estudio de perfusión miocárdica obtenido por RMN cardiaca es normal en todos los casos que se mencionan excepto:

- a) Enfermedad endomiocárdica.
- b) Amiloidosis cardiaca.
- c) No compactación del ventrículo izquierdo.
- d) Síndrome de la dilatación apical.

50.- Una preocupación fundamental de los estudios de tomografía computarizada (TC) cardíaca es la seguridad de los pacientes de tal manera que el potencial daño de la radiación debe tenerse en cuenta a la hora de indicar un estudio. Todas, EXCEPTO una, son propuestas para reducir la dosis de radiación, señálela.

- a) Modulación de la dosis por el ECG en la exploración helicoidal prospectiva.
- b) Reducción de la intensidad de corriente del tubo.
- c) Reducción del voltaje del tubo.
- d) Lanzamiento axial prospectivo.

51.- El valor pronóstico del calcio en las arterias coronarias (CAC) se ha demostrado consistentemente en múltiples estudios de cohortes de todo el mundo. Elige la afirmación INCORRECTA.

- a) El estudio del CAC es una técnica de adquisición de imágenes sin contraste que se realiza durante una única suspensión de la respiración.
- b) El CAC puede ser un determinante más sensible y específico del hallazgo de enfermedad arterial coronaria (EAC) que los factores de riesgo tradicionales.
- c) El uso de betabloqueantes incrementa la precisión en la cuatificación.
- d) Casi todos los estudios clínicos que han evaluado la utilidad clínica del CAC se han basado en la escala de Agatston, que cuatifica el CAC en función del área superficial de CAC y de su densidad.

52.- En cuanto al Doppler de flujo en color. Señala la CORRECTA.

- a) El Doppler de flujo en color es una aplicación técnica del Doppler de Onda Continua.

- b) Por convección, el flujo que se aleja del transductor se codifica en rojo y el que se acerca se codifica en azul.
- c) El flujo turbulento se da al pasar la sangre por las válvulas cardíacas en condiciones normales.
- d) En el Doppler de flujo en color, aparece "aliasing" cuando la velocidad del flujo estudiado supera el límite Nyquist.

53.- En relación con los hallazgos ecocardiográficos esperados de la relajación de ventrículo izquierdo (VI), presiones de llenado y hallazgos bidimensionales y de Doppler según la función diastólica de VI, señala la CORRECTA.

- a) En la disfunción diastólica grado III la relación E/A es mayor de 2, la relación E/e' media es mayor de 14 y la velocidad máxima de IT (m/s) es menor de 2,8.
- b) No pueden obtenerse relaciones E/e' medias superiores a 14 en pacientes con criterios ecocardiográficos de disfunción diastólica grado II.
- c) El Índice de volumen de la AI tiene poco valor a la hora de diferenciar el grado de disfunción diastólica.
- d) Las anomalías de la diástole son extremadamente frecuentes en pacientes con hipertensión y en pacientes de edad avanzada asociándose necesariamente a síntomas clínicos o insuficiencia cardíaca franca.

54. Son subtipos hemodinámicos de la Hipertensión Arterial Primaria (Idiopática) todos los siguientes, EXCEPTO.

- a) Hipertensión sistólica aislada en adultos de edad avanzada.
- b) Hipertensión diastólica en la mediana edad.
- c) Hipertensión diastólica de la adolescencia y adulto joven.
- d) Hipertensión sistólica en adolescentes y adultos jóvenes.

55 En relación con la hipertensión de bata blanca, señala la INCORRECTA:

- a) Los pacientes con presión arterial (PA) alta en la consulta pueden tener una PA normal en el domicilio y ambulatoria.
- b) En la hipertensión arterial de bata blanca la elevación de las cifras de PA es causada por una respuesta adrenérgica a la medición de la PA en la consulta.
- c) Los pacientes con hipertensión de bata blanca presentan por lo general reacciones hipertensoras exageradas a estímulos estresantes en su vida diaria.
- d) La hipertensión arterial de bata blanca es benigna si el riesgo de enfermedad cardiovascular global es bajo.

56.- En la Hipertensión Arterial se considera daño de órgano diana consolidado los siguientes EXCEPTO:

- a) Índice de presión arterial tobillo-brazo < 0,9.
- b) Cardiopatía Isquémica: infarto de miocardio, angina, revascularización coronaria.
- c) Retinopatía avanzada: hemorragias o exudados.
- d) Enfermedad arterial periférica.

57.- Se consideran pistas clínicas de hipertensión arterial de origen renovascular todas las siguientes EXCEPTO:

- a) Inicio antes de los 30 años o después de los 50.
- b) Tamaño renal aumentado mediante ecografía.
- c) Deterioro de la función renal.
- d) Edema pulmonar relámpago "(flash edema)".

58.- Relaciona prueba inicial a realizar y causa identificable de hipertensión arterial. Señala la INCORRECTA:

- a) Coartación aórtica: Presión arterial en extremidades inferiores.
- b) Feocromocitoma: Serotonina en orina de 24 h.
- c) Enfermedad renovascular: Ecografía Doppler dúplex.
- d) Aldosteronismo primario: renina plasmática, aldosterona sérica.

59 La Cardiopatía Hipertensiva se clasifica en cuatro clases. De los siguientes enunciados elige el INCORRECTO:

- a) En la clase IV hay hipertrofia ventricular izquierda grave, fallo diastólico tipo III y fracción de eyección conservada (VI hiperdinámico).
- b) En la clase IIB hay hipertrofia ventricular izquierda con capacidad funcional alterada (> clase funcional II de la NYHA).
- c) La Clase I se caracteriza por disfunción diastólica asintomática mediante ecocardiografía sin hipertrofia ventricular izquierda.
- d) La clase III se caracteriza por insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada.

60.- Cual es una contraindicación absoluta para el empleo de tiazidas en el tratamiento de la hipertensión arterial:

- a) Gestación
- b) Hipercalcemia.
- c) Gota.
- d) Hipopotasemia.

61.- La Diabetes Mellitus Tipo 2 está relacionada de forma independiente con el desarrollo de Fibrilación Auricular. De las siguientes afirmaciones señale la INCORRECTA:

- a) La Diabetes Mellitus agrava el riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolia sistémica en la Fibrilación Auricular.
- b) La warfarina ha sido tradicionalmente el pilar de la anticoagulación sistémica en todos los pacientes diabéticos que presentan fibrilación auricular.
- c) En los subanálisis de eficacia y seguridad de los anticoagulantes orales directos en pacientes con diabetes que participaron en los ensayos clínicos "pivotales" de estos medicamentos indicaron un equilibrio de riesgo/beneficio similar o incluso amplificado a su favor frente a la warfarina.
- d) Los pacientes con diabetes comparados con los que no la tienen, tuvieron valores del número que es necesario tratar (NNT) más elevados.

62 Se debe considerar profilaxis antibiótica de por vida para pacientes de mayor riesgo de endocarditis infecciosa en las siguientes circunstancias EXCEPTO:

- a) Cardiopatía congénita cianótica.
- b) Cardiopatía congénita reparada sin shunt residual.
- c) Prótesis valvular transcatóter.
- d) Pacientes con endocarditis infecciosa previa.

63 En relación con las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología (Guías ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa) sobre profilaxis antibiótica para la prevención de infecciones locales y sistémicas antes de una intervención cardiaca o valvular, señale el enunciado INCORRECTO:

- a) Se recomienda profilaxis perioperatoria antes de colocar un marcapasos o desfibrilador cardivertidor implantable.
- b) Se debe eliminar las potenciales fuentes de sepsis al menos dos semanas antes de implantar una válvula protésica.

- c) Se debe considerar la profilaxis antibiótica perioperatoria para pacientes que se sometan a implante quirúrgico o transcatéter de válvula protésica.
- d) Se debe considerar el tratamiento local sistemático sin cribado de *S. aureus*.

64 Se consideran predictores de mal resultado clínico en pacientes con endocarditis infecciosa todos los siguientes EXCEPTO:

- a) Complicaciones perianulares.
- b) Bacilos Gram negativos grupo HACEK.
- c) Diabetes Mellitus.
- d) Endocarditis infecciosa en válvula protésica.

65 En caso de endocarditis infecciosa asociada a dispositivo cardiaco (EIDC), señale la recomendación INCORRECTA:

- a) Después de la extracción del dispositivo, se recomienda reevaluar la necesidad de reimplante.
- b) Se recomienda el uso sistemático de marcapasos temporales en el periodo de reevaluación de la necesidad de reimplante.
- c) En EIDC confirmada, se recomienda terapia antibiótica prolongada antes y después de la extracción completa del dispositivo.
- d) Se recomienda la extracción percutánea para la mayoría de los pacientes con EIDC, incluso aquellos con vegetaciones > 10 mm.

66 En relación con las enfermedades cardiovasculares y el embarazo se consideran predictores de riesgo de eventos cardiovasculares maternos todos los siguientes EXCEPTO:

- a) Flujo doppler uteroplacentario alterado.
- b) Antecedentes de tabaquismo.
- c) Uso de medicación cardiaca antes del embarazo.
- d) NYHA III-IV.

67 Cuando haya sospecha de anomalía cardíaca en el feto, es obligatorio tener... Señale el enunciado INCORRECTO:

- a) Ecocardiografía fetal completa.
- b) Antecedentes clínicos maternos para identificar trastornos médicos, enfermedades virales o medicación teratogénica.
- c) Cariotipo fetal.
- d) Protocolo establecido de derivación a una institución que pueda proporcionar atención cardiaca neonatal si fuera necesaria.

68.- En pacientes asintomáticos con enfermedad arterial de las extremidades inferiores que no requieren anticoagulación, señale la respuesta correcta:

- a) No se recomienda tratamiento antiagregante plaquetario.
- b) Recomendamos tratamiento antiagregante plaquetario con AAS o clopidogrel con un nivel de evidencia IA.
- c) La recomendación de antiagregación está determinada por el grado de alteración según el índice tobillo-brazo.
- d) Ninguna de las anteriores es cierta

69.- Tomando como referencia las Guías ESC de Miocardiopatía Hipertrofica del 2014 se han considerado como principales características clínicas asociadas a aumento del riesgo de muerte súbita cardiaca en adultos todas las que siguen excepto una, señálela

- a) TVNS.
- b) Área y volumen de AI.
- c) La gravedad y el grado de HVI medida por ETT.
- d) Obstrucción del tracto de salida de VI.

70.- En ocasiones podremos plantearnos la necesidad de diagnóstico diferencial entre Cardiopatía Hipertensiva y Miocardiopatía Hipertrófica. Todas las siguientes son características clínicas que favorecen la Miocardiopatía Hipertrófica excepto (Señálela).

- a) Aumento de voltaje sin alteraciones en la repolarización en el ECG.
- b) Historia familiar de MCH
- c) Hipertrofia ventricular derecha
- d) Realce tardío de gadolinio en los puntos de inserción del VD.

71 Paciente de 57 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada no isquémica con FEVI 43% actual y con implante hace 7 años de un DAI CRT que en revisiones periódicas era normofuncionante, con buenos umbrales en las tres cámaras. Acude actualmente porque se encuentra más cansado de lo habitual, en el programador aparece un porcentaje de pacing del 93% y no encontramos ninguna causa aparente de descompensación. En el monitor de ritmo aparece este ECG:



¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre este ECG te parece CORRECTA?

- a) Lo más probable es que haya perdido captura del electrodo ventricular izquierdo porque no consigue QRS estrecho en todos los latidos.
- b) La ablación del nodo AV es la terapia más eficaz para asegurar la resincronización.
- c) La pérdida de captura está relacionada con un agotamiento de batería del generador.
- d) Se debe plantear una ablación de las extrasistolía ventricular para asegurar un correcto funcionamiento del dispositivo.

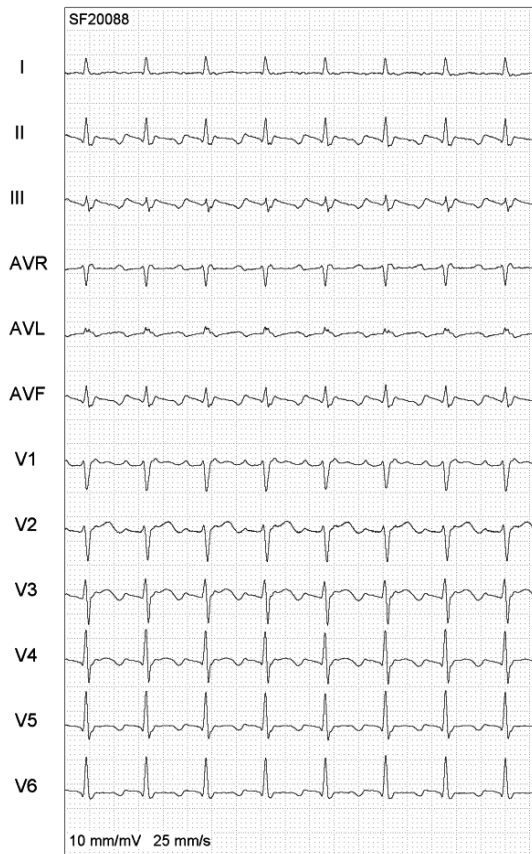
72.- Un paciente de 76 años que presentó un IAM anterior tratado con trombólisis y posterior angioplastia de rescate hace 1 año, refiere encontrarse asintomático. Cumple los objetivos de prevención secundaria correctamente tratado con AAS, ARNI antialdosterónicos y estatinas a dosis altas. La función ventricular es del 37% y se trataba de una enfermedad de un vaso (DA) tratada con stent de drogas. En el eco se aprecia una amplia zona hipoquinética anterior con escara septal. Vd realiza en el protocolo de seguimiento un control de lípidos y un Holter en el que se aprecia este hallazgo de manera frecuente:



En este momento, una de las siguientes aseveraciones le parece CORRECTA

- a) Este hallazgo es muy común dentro de los pacientes con IAM previo y no tiene trascendencia pronóstica.
- b) Se debería hacer un Estudio electrofisiológico con el fin de demostrar que no tiene taquicardias ventriculares sostenidas inducibles.
- c) El tratamiento con Amiodarona más anticoagulación es el tratamiento indicado ya que la fibrilación auricular sucede en un paciente con cardiopatía orgánica.
- d) Debe implantarse un Holter insertable para valorar la carga arrítmica y la presencia de taquicardias ventriculares sostenidas.

73. Se trata de un paciente de 53 años HTA, deportista, con episodios frecuentes de fibrilación auricular bien controlados con flecainida 200 mg/día más bisoprolol 2,5 mg/24. No presenta otros factores de riesgo y acude a consultas de atención primaria porque su tensiómetro marca la alerta "Arritmia". Al auscultarlo le notamos sospechosamente rítmico y taquicárdico por lo que decidimos hacer un ECG que se muestra. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones le parece INCORRECTA sobre el manejo de esta situación?



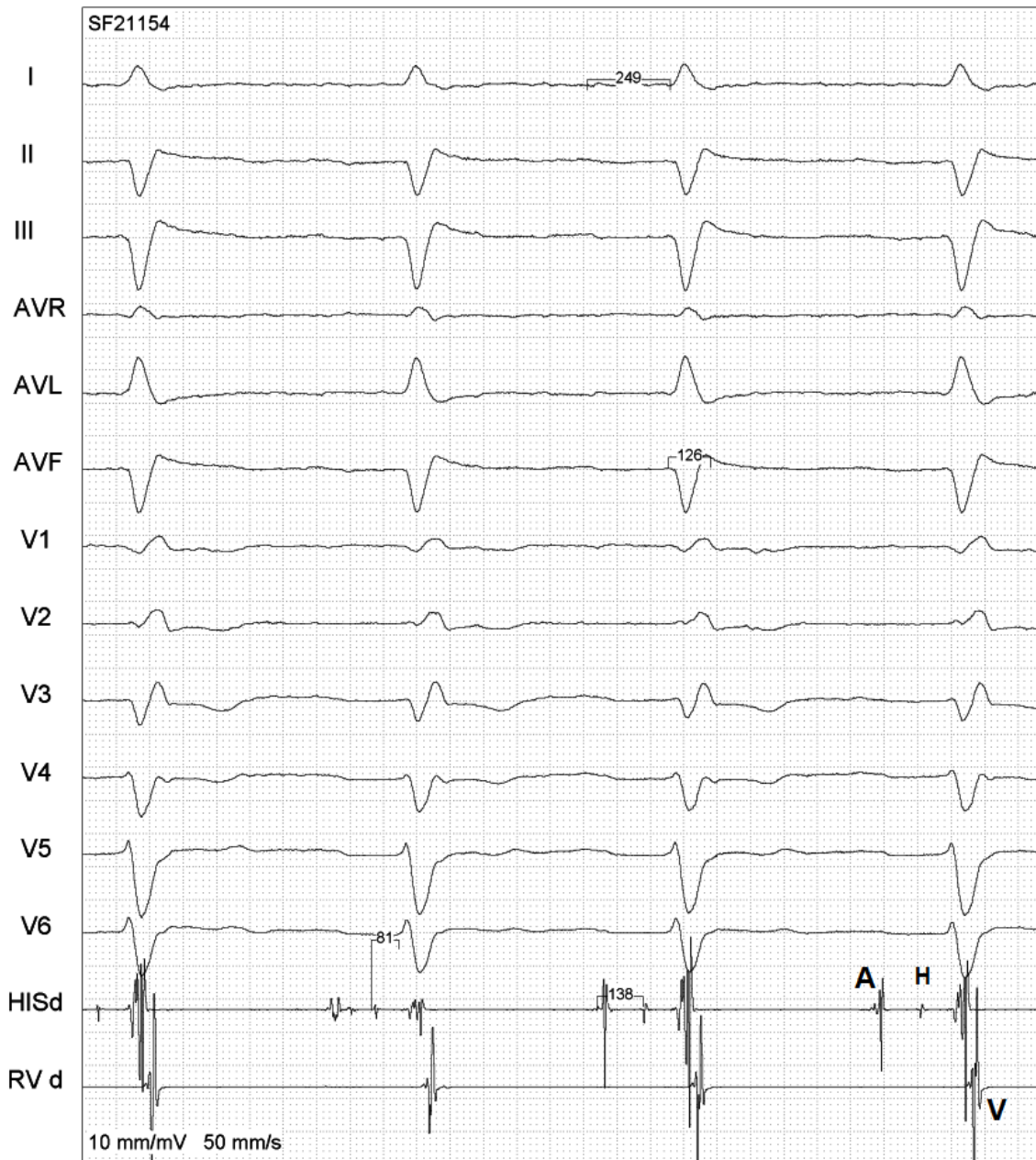
- a) La flecainida provoca un acortamiento del ciclo del flutter , haciéndolo más susceptible de transformarse en 1:1, por lo que asociamos betabloqueantes.
- b) El uso de adenosina no interrumpirá el mecanismo de la taquicardia, por lo que no está indicada de manera terapéutica.
- c) El uso de fármacos como la flecainida está relacionado con este tipo de arritmias en pacientes con fibrilación auricular.
- d) La ablación del istmo cavotricuspidé permite mantener el tratamiento con flecainida para el control de la fibrilación auricular.

74. Paciente de 71 años con antecedentes de flutter auricular al que se le ablaciona el istmo cavo tricúspideo. Durante la monitorización se aprecia el siguiente fenómeno. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones te parece CORRECTA?



- a) La aparición se vincula a la ablación del istmo y es un indicador de que el bloqueo ha sido efectivo.
- b) El fenómeno se explica por un desplazamiento del marcapasos normal del corazón que pasa a estar en la aurícula izquierda.
- c) Este fenómeno es muy común tras la ablación del flutter auricular y se correlaciona con un menor riesgo de recurrencias de arritmias auriculares.
- d) Este fenómeno se explica por el bloqueo del haz de Bachmann y refleja una activación retrasada de la aurícula izquierda.

75 Paciente de 89 años independiente para la vida diaria, aunque con limitaciones físicas, acude a la consulta acompañado de su esposa. Refiere que el día anterior ha sufrido un episodio “extraño” con desconexión del medio, estando tumbado sin otros hallazgos con recuperación inmediata. Viene remitido para la consulta desde atención primaria para descartar un origen cardiaco del síncope. Se realiza un Estudio electrofisiológico en el que se muestran los intervalos basales. En un caso como este una de las siguientes afirmaciones resulta INCORRECTA.



- La presencia de este ECG con Bloqueo bifascicular con PR largo es muy sugestivo como predictor de bloqueo AV paroxístico.
- En un caso como este se podría prescindir de un estudio EEF e indicar marcapasos puesto que se trata de un paciente anciano.
- El HV prolongado ($HV \geq 70$ ms) en este paciente es una indicación de marcapasos.
- Estaría indicado un CRT P por previsible alta necesidad de estimulación ventricular.

76.- Un paciente de 78 años con un DAI CRT implantado hace 3 años (2018) por prevención secundaria, tras una TV sincopal ,precisa una resonancia. En el último año no ha tenido terapias DAI tras una ablación del sustrato de la taquicardia (Infarto de miocardio anterior antiguo). El paciente se encuentra dependiente de marcapasos.

Con respecto a la actitud para la resonancia una de las siguientes opciones es CORRECTA

- a) Dado que es dependiente, debemos programar en VVI a 60 lpm desactivando todos los modos R de adaptación a frecuencia.
- b) Lo más seguro es poner en modo asíncrono mientras dure la intervención reprogramando posteriormente.
- c) No es preciso desactivar detección y terapias DAI porque no deben verse afectadas por la resonancia cardíaca.
- d) La presencia de cables abandonados previos es una contraindicación absoluta para la RMN en este tipo de pacientes.

77.- Paciente de 74 años con infarto inferior previo hace años y con una FEVI 32 % en clase funcional III en tratamiento médico óptimo, acude a valoración.



Le comenta que ha tenido un síncope estando, comiendo del que se recupera espontáneamente sin secuelas. Una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA.

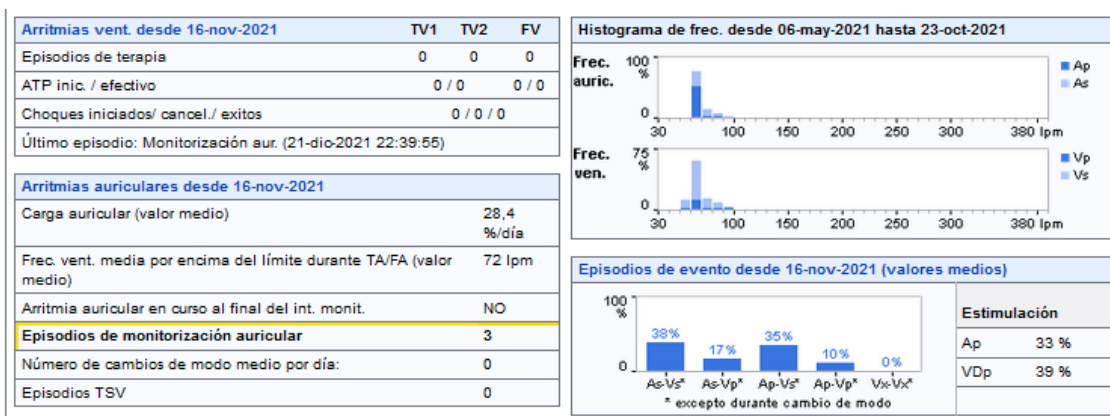
- a) El paciente presenta una fibrilación auricular y las indicaciones de implante de resincronizador tiene menos nivel de evidencia que en ritmo sinusal.
- b) Una de las posibilidades es el bloqueo AV paroxístico aun estando en fibrilación auricular.
- c) El paciente necesita un desfibrilador ya que tiene indicación independiente de la necesidad de resincronización cardíaca por lo que está indicado DAI CRT
- d) En caso de implantar una terapia de resincronizador los betabloqueantes suelen ser suficientes para cumplir los objetivos de estimulación superior al 90%.

78. Paciente de 73 años con antecedentes de DM, HTA e IAM inferior antiguo. Enfermedad coronaria severa de tres vasos revascularizada hace 7 años y sin síntomas de angina. Se le implantó un DAI bicameral hacer 3 años a raíz de unos episodios sincopales. Se hizo un EEF y se indujo una TV sincopal aparte de un HV prolongado en un paciente con BRD y HBAI previo.

En tratamiento con Betabloqueantes, AAS, Estatinas con buenos controles de prevención secundaria. Presenta en el ECO un deterioro progresivo de la función ventricular hasta el 30%, sin embargo, el paciente no refiere actualmente ningún síntoma.

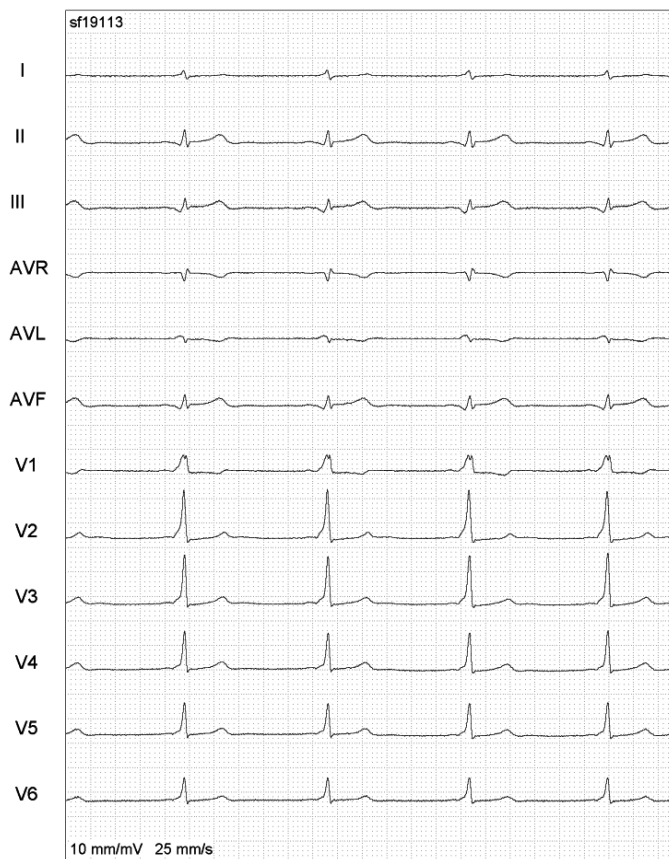
En la interrogación del dispositivo no se aprecian terapias DAI y se muestra una captura de pantalla de la monitorización remota.

Una de las siguientes aseveraciones es INCORRECTA



- Debemos optimizar algoritmos para evitar la estimulación ventricular que se asocia a disfunción VI en estos pacientes.
- Debemos iniciar anticoagulación.
- Debemos aumentar la dosis de betabloqueantes porque las frecuencias ventriculares son elevadas para un paciente isquémico.
- El uso de antiarrítmicos tipo Flecainida está asociado a proarritmia en estos pacientes y debe ser evitado.

79.- Un chico de 23 años acude a su consulta derivado de atención primaria por un ECG extraño. Refiere palpitaciones tras el ejercicio y no tiene antecedentes de muerte súbita. Con respecto a este ECG una de las siguientes aseveraciones es INCORRECTA.



- a) Se podría confirmar el diagnóstico con un test de adenosina e incluso masaje del seno carotídeo.
- b) En caso de ablación, el objetivo se sitúa lejano al sistema normal de conducción.
- c) Simplemente se trata de un ECG de un chico joven con un eje muy vertical.
- d) Estaría indicada una ablación simplemente con este ECG y el antecedente de palpitaciones.

80.- Una de las siguientes afirmaciones sobre este trazado es incorrecta



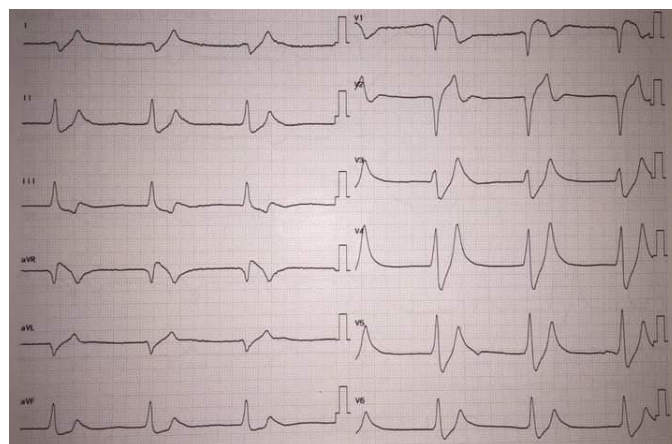
- a) Este comportamiento es anormal, porque no es atribuible al cambio de modo VVI al detectar fibrilación auricular
- b) Una opción es que se trate de una pérdida de captura por miopotenciales. Hay que ver si este comportamiento se asocia a movimientos del brazo.
- c) La subida bien de voltaje o bien de amplitud del estímulo es una de las primeras actitudes con este paciente.
- d) Este paciente debe quedar ingresado por el riesgo de asistolia

81. Un paciente de 78 años acude a medicina interna por episodios repetidos de bacteriemia por estafilococos. Tiene antecedentes de implante de un desfibrilador por prevención secundaria hace 7 años, tras un síncope con taquicardias ventriculares documentadas y disfunción ventricular severa de etiología isquémica. Tras tratamiento antibiótico el paciente mejora, pero reingresa nuevamente por presentar fiebre nuevamente tras suspenderlo.

De las siguientes afirmaciones una de las siguientes le parece INCORRECTA

- a) El uso de PET TAC con fluorodesoxiglucosa tiene una elevada precisión para la detección de infecciones en la bolsa, siendo menos fiable para detectar verrugas en el cable.
- b) La presencia de verrugas en el cable obliga a la extracción de todo el dispositivo aun con la resolución del cuadro con tratamiento antibiótico.
- c) En pacientes con infección limitada a la bolsa, sin hemocultivos positivos y sin verrugas visibles en los cables, se considerará el saneamiento de la bolsa con la retirada del generador y un nuevo implante contralateral.
- d) La extracción del cable debe realizarse en centros seleccionados, con soporte de cirugía cardíaca, porque es muy probable que tenga adherencias que no se resuelvan con tracción simple.

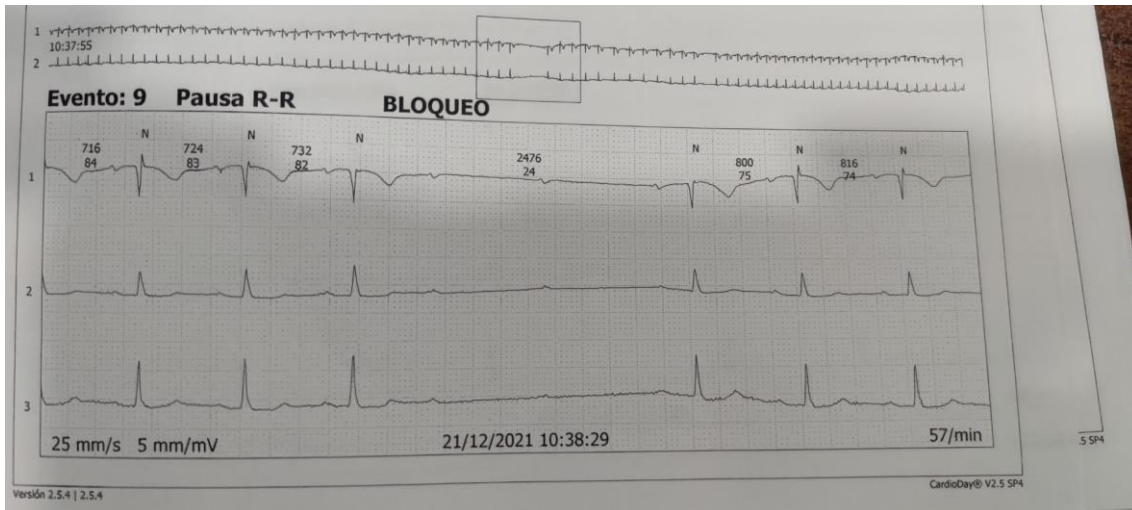
82.- Paciente de 76 años, inglesa, de turismo por Extremadura es traída por el 112 con bajo nivel de conciencia. Toma medicaciones que no sabemos y presenta una TA 112/70 con este ECG.



A la vista de estos resultados una de las siguientes opciones le parece CORRECTA

- a) Parece una fibrilación auricular bloqueada y debemos implantar un marcapasos.
- b) Probablemente tiene un SCACEST y esas ondas T son muy sugerentes de isquemia aguda.
- c) La suma de todos los hallazgos es muy sugerente de hiperpotasemia y debemos de descartar esta posibilidad
- d) Hay que medir la temperatura corporal porque es muy sugestivo de hipotermia.

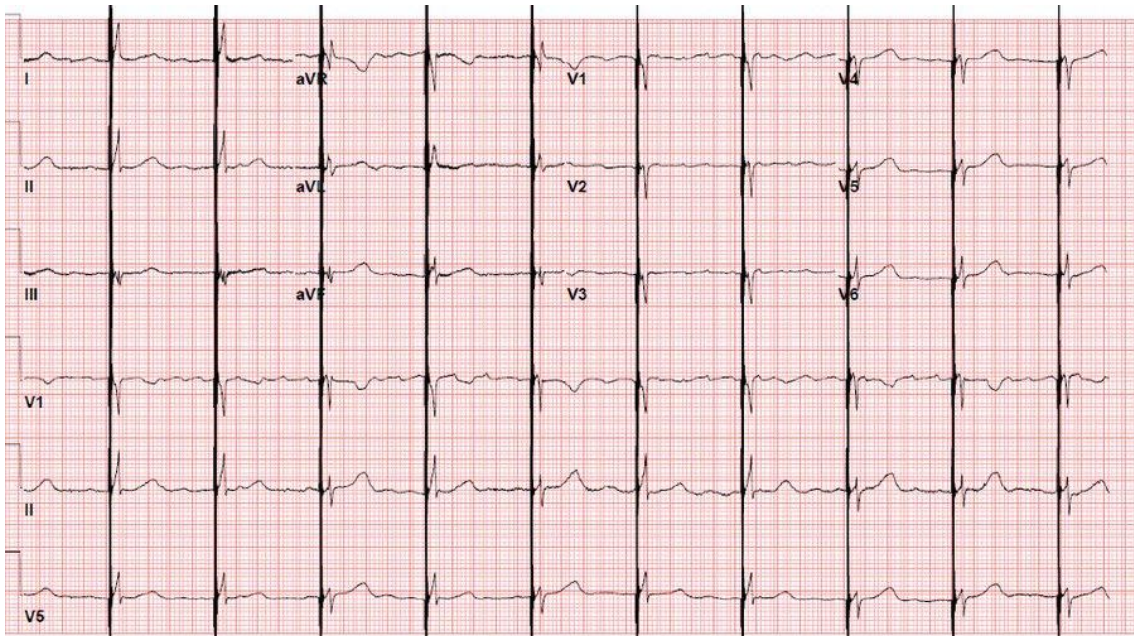
83 Un paciente de 87 años con vida activa, operado hace 10 años de triple bypass coronario, sin angina recurrente y en tratamiento con AAS, estatinas y antidiabéticos.



Se remite este Holter asintomático y Vd piensa que una de las opciones es INCORRECTA

- a) Se trata de un bloqueo AV de alto grado.
- b) Sin una pausa > 3 seg o sintomática no tenemos indicación para implante de marcapasos.
- c) En caso de implante de marcapasos podemos optar por un marcapasos VVIR dado que es un trastorno puntual.
- d) La presencia de un PR normal antes de las ondas P bloqueadas es un fenómeno muy sugerente de bloqueo AV infrahisiano.

84.- Paciente mujer de 77 años con taquimiocardiopatía previa por fibrilación auricular rápida no controlada. Estuvo en tratamiento con dosis altas de betabloqueantes y digoxina y se descartó ablación de venas pulmonares por AI severamente dilatada. Se implanta un marcapasos y se realiza ablación de nodo AV recuperando el paciente la FEVI en las siguientes 3 semanas postimplante.



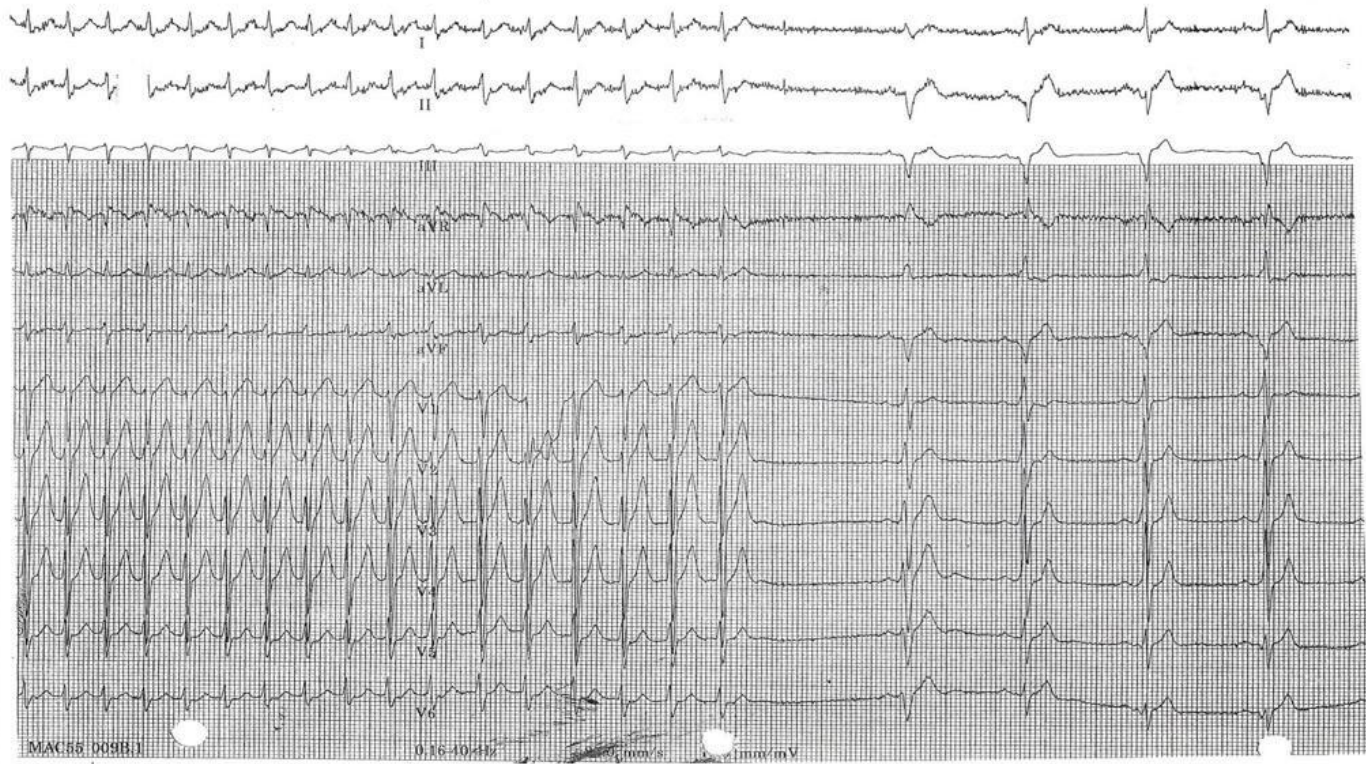
¿Con respecto a la estimulación que se visualiza en el ECG ¿Qué opción le parece INCORRECTA?

- a) Los umbrales de estimulación suelen ser mejor que en estimulación convencional
- b) Los algoritmos de detección de captura se suelen poner en OFF porque es más frecuente que no detecten bien la captura ventricular.
- c) Es una alternativa a la terapia con resincronización en este tipo de pacientes.
- d) El sensado de onza R suele ser peor que en la estimulación convencional.

85 ¿Con respecto a esta actitud terapéutica en la paciente de la pregunta anterior que respuesta le parece CORRECTA?

- a) El uso de betabloqueantes tras la ablación del nodo debe ser sistemático por la mejoría pronóstica en estos pacientes.
- b) En los pacientes con frecuencias rápidas previa a la ablación de nodo debe quedarse una frecuencia de marcapasos alta (85 lpm) en las primeras semanas para evitar muerte súbita.
- c) En estos pacientes no se debe usar la opción R del marcapasos para evitar subida de frecuencia en ejercicio.
- d) A pesar del tratamiento con ablación y marcapasos no solemos ver una caída significativa del ProBNP en estos pacientes.

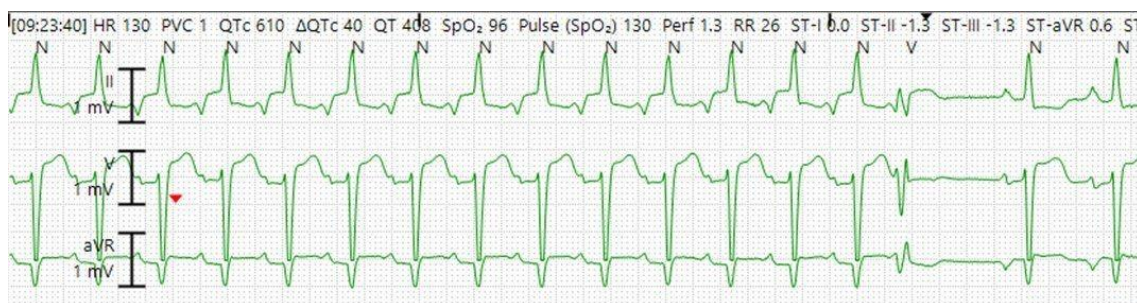
86 Le mandan la foto de este ECG a propósito de un paciente varón de 45 años sano con crisis de palpitations recurrentes. Suelen ceder solas y en esta ocasión se han documentado.



Una de las siguientes opciones es CORRECTA

- a) El tratamiento indicado sería una ablación de venas pulmonares.
- b) Se trata de una taquicardia fascicular. El cambio de eje en taquicardia lo sugiere
- c) Se trata de una vía accesoria.
- d) La adenosina en ritmo sinusal provocaría una morfología del ECG igual a la taquicardia.

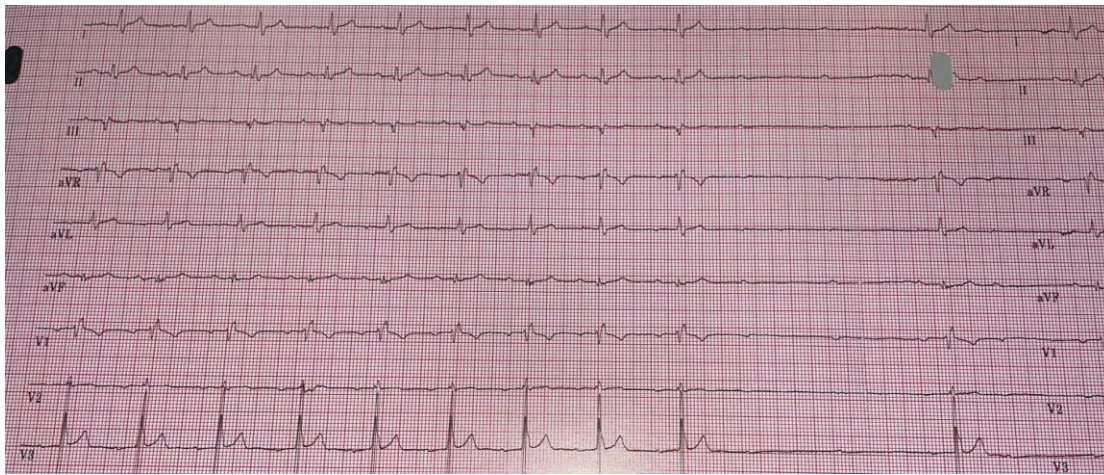
87.- Paciente de 35 años asintomática y en estudio por miocardiopatía dilatada. Se descubre este comportamiento incesante con taquicardia tal como se muestra.



Diga cuál de las siguientes afirmaciones le parece INCORRECTA.

- a) La ausencia de preexcitación no excluye que se trate de una vía accesoria.
- b) La ablación del foco auricular corregirá el mecanismo de la taquicardia.
- c) La presencia de un extrasístole ventricular que corta la taquicardia sin afectar a la aurícula, es altamente sugestiva de taquicardia tipo Coumel . (Vía accesoria de conducción lenta.)
- d) La onda P en taquicardia nos sugiere una activación probablemente desde el seno coronario.

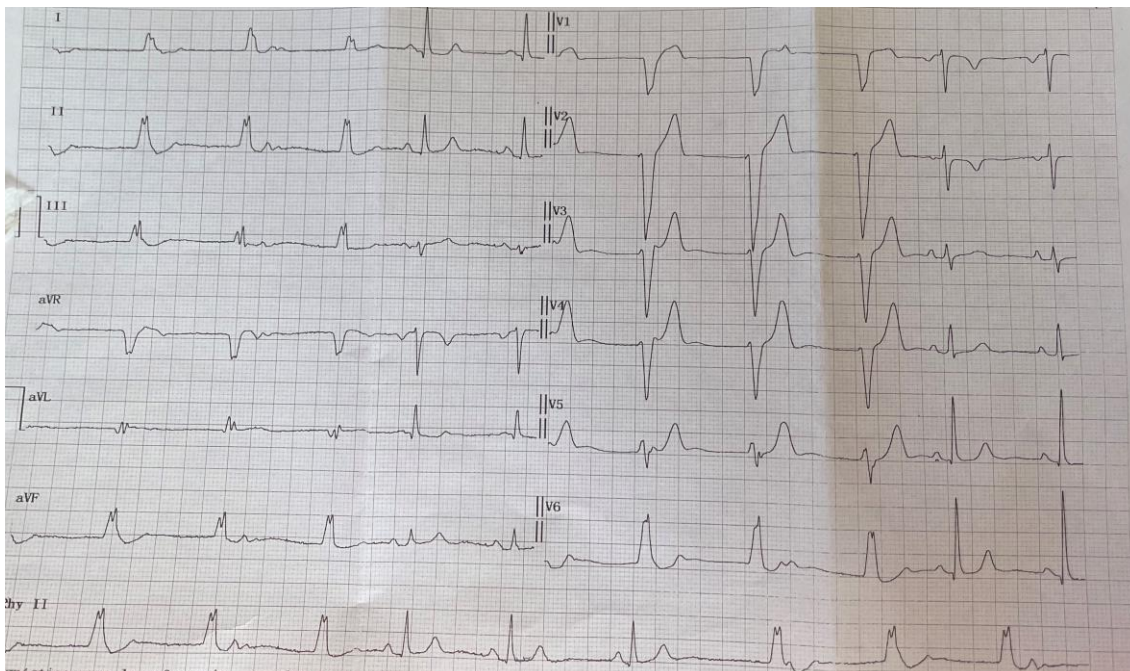
88.- Paciente de 78 años de edad con síncope de repetición, bruscos en bipedestación, en ocasiones al salir del coche (acompañante, no conduce ya). Entre las pruebas, la residente explora el seno carotídeo encontrando una pausa que es capaz de reproducir y registrarla en el ECG.



Con respecto a este ECG y en esta situación una de las siguientes afirmaciones es Incorrecta:

- La simple presencia de hipersensibilidad del seno carotídeo es poco específica, porque es frecuente observarla en ancianos asintomáticos.
- La indicación de marcapasos se sustenta en una pausa asistólica mayor de 3 seg o bien presencia de bloqueo AV.
- La respuesta puede ser cardioinhibidora o vasodepresora o mixta. Se denomina vasodepresora si cae la presión sistólica más de 50 mm Hg
- El tratamiento en este caso, una vez descartados otros mecanismos de síncope, es un marcapasos VVI , ya que es fundamentalmente bloqueo AV de manera paroxística.

89.- Una paciente con disfunción de nodo sinusal con antecedentes de FA paroxística tiene implantado un marcapasos. Nos trae este electro de la consulta y Vd puede decir todo lo siguiente excepto una de las siguientes opciones que es INCORRECTA:



- Se trata de un marcapasos VVI en el tracto de salida de VD.
- El paciente no tiene programado histéresis y deberíamos implementarla para favorecer el ritmo propio.
- El paciente tiene datos de conducción Ventrículo atrial .
- El implante de marcapasos DDD evita episodios de fibrilación auricular comparado con el marcapasos VVI en pacientes con disfunción sinusal.

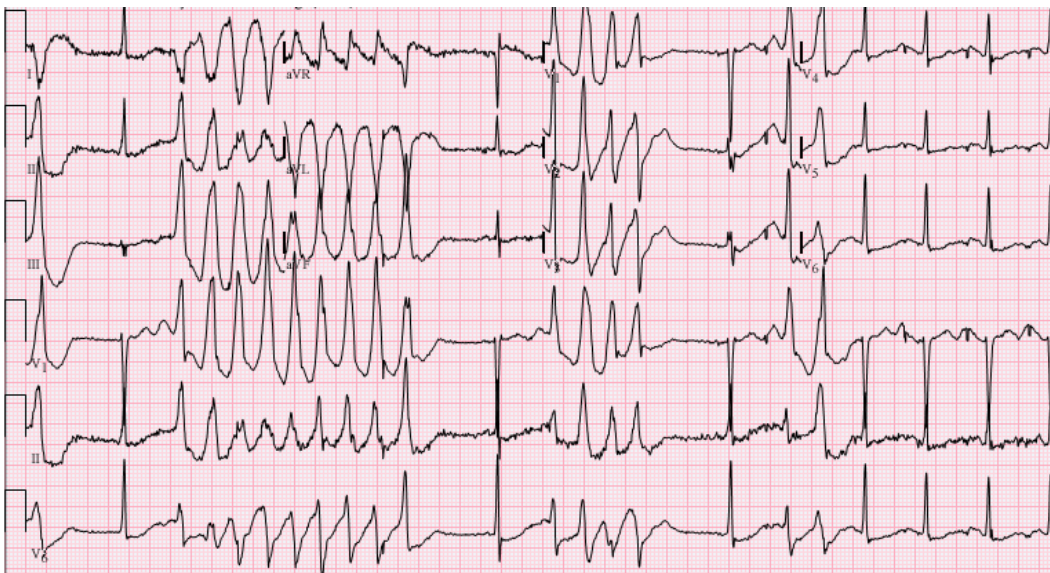
90.- Paciente con antecedentes de FA paroxística de 48 años, 1,90 de estatura y exjugador de baloncesto. Refiere que presenta episodios nocturnos y que no se controlan con medicación teniendo que venir a urgencias en dos ocasiones. Con respecto al tratamiento intervencionista de la arritmia usted le haría las siguientes afirmaciones salvo una que es INCORRECTA

- a) El tratamiento con aislamiento de venas pulmonares se ha demostrado consistentemente superior al tratamiento médico para el control de las crisis de fibrilación auricular.
- b) Dado que el paciente tiene un Chadvasc=0 y está en ritmo sinusal, la anticoagulación puede limitarse al momento de la ablación, en el que es necesario administrar heparina para ACT en rango de anticoagulación.
- c) Con criablacion se obtienen resultados similares a la radiofrecuencia en el aislamiento de venas pulmonares
- d) La complicación más temida es la fístula atrio esofágica y es posible tanto con criablacion como con radiofrecuencia.

91.- Un paciente de 74 años con disfunción VI moderada (FEVI 38%) que presenta rachas de fibrilación auricular paroxística sintomáticas. EL paciente presenta una clase funcional III y tiene como comorbilidades una insuficiencia renal con Cr 2,6 mg/dl. Actualmente el paciente se encuentra en ritmo sinusal y en el ECG se documenta un QT corregido de 440 mseg. Dentro de los siguientes regímenes terapéuticos disponibles Vd. elegiría:

- a) Ingreso del paciente e inicio de Dronedarona 400 mg/12h con ECG seriados durante 3 días.
- b) Iniciar tratamiento ambulatorio con amiodarona 200mg/8h durante dos semanas y luego 200 mg/24h
- c) Ingreso del paciente e inicio de tratamiento con flecainida 100 mg cada 12h
- d) Tratar al paciente de manera ambulatoria con Sotalol 120mg/12h

92.- Todas las siguientes opciones predisponen a una arritmia como la que se muestra Excepto:



- a) Hipopotasemia
- b) Pérdida de la función del gen SCN5A con manifestaciones de ECG de Brugada
- c) Bloqueo AV completo con ritmo de escape de QRS ancho.
- d) Antidepresivos tricíclicos

93.- ¿En cuál de los siguientes supuestos le parece menos razonable el implante de un marcapasos?

- a) Hombre de 51 años con bradicardia sinusal a 38 latidos por minuto y episodios asintomáticos de bloqueo AV de segundo grado tipo II.

- b) Hombre de 70 años con hipertrofia ventricular izquierda, mareos y fatigabilidad fácil con marcada prolongación del PR con bloqueo AV de primer grado (PR 360 mseg)
- c) Paciente de 64 años, deportista importante con calambres en gemelos y bradicardia sinusal a 42 lpm con pausas asistólicas de 2,9 seg nocturnas.
- d) Mujer de 40 años con bloqueo AV completo congénito abundante extrasístola ventricular y FC media de 45 lpm

94.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con el Síndrome de QT largo congénito es correcta?

- a) La mayor parte de las mutaciones están relacionadas con los canales del calcio
- b) El fenotipo clínico parece relacionado con el genotipo y su mutación, así en el QT largo tipo I se asocia a estrés físico, especialmente nadar.
- c) Los ruidos intensos parecen precipitar las manifestaciones en el QT largo tipo III
- d) El tratamiento se basa en general en medidas para subir la frecuencia cardiaca para así acortar el QT, en ocasiones es preciso el marcapasos asociado a DAI.

95.- Una paciente de 74 años con antecedentes de fibrilación auricular permanente presenta un accidente de tráfico y es traída por el 112. En sus antecedentes consta que toma dabigatran 150 mg/12h y tras estabilizarla se encuentra intubada, relajada y bien adaptada al respirador, pero mantiene frecuencia alta y está hipotensa. Se realiza un TAC urgente que demuestra un pequeño hematoma subdural y una hemorragia retroperitoneal con paso activo de contraste al espacio. Se propone para una laparotomía exploradora urgente y el anestesista nos pregunta sobre las medidas para poder operar de manera segura. Dentro de las opciones Vd recomendaría:

- a) Ultrafiltración y hemodiálisis.
- b) Andexanet Alfa 3 mg IV.
- c) Idarucizumab 5 g intravenoso.
- d) Complejo Protrombina (Prothormplex) 25 U Kg IV.

96.- Con respecto al seguimiento de marcapasos una de las siguientes afirmaciones le parece INCORRECTA

- a) El implante por vía axilar o cefálico se asocia a un menor riesgo de rotura de aislante.
- b) La rotura de aislante puede subir el umbral de estimulación asociada a unas altas impedancias
- c) La rotura del cable se investiga con una placa de tórax asociándose a una subida de las impedancias del cable.
- d) EL sensado unipolar tiene mayor incidencia de interferencia que el bipolar por lo que no debe programarse de manera rutinaria

97.- Todas las siguientes afirmaciones sobre la distinción entre la taquicardia ventricular y la supraventricular con aberrancia en pacientes con taquicardia de QRS ancho son ciertas EXCEPTO:

- a) La interrupción de taquicardia con maniobras vagales es sugerente de mecanismo supraventricular.
- b) La presencia de latidos de fusión, es decir QRS más estrechos durante la taquicardia es definitivo para el diagnóstico de taquicardia ventricular.
- c) La concordancia de los QRS en las derivaciones precordiales tanto positiva (Bloqueo de Rama Derecha) como negativa (Bloqueo de rama izquierda) , sin aparecer QRS con R/S es muy sugerente de supraventricular con aberrancia.
- d) En caso de presentar infarto previo la probabilidad de que sea taquicardia ventricular es superior al 90%.

98.- La presencia de una onda R prominente en V1 es posible en todas menos en una de estas situaciones.

- a) Preexcitación con vía izquierda
- b) Hipertensión pulmonar
- c) Distrofia muscular de Duchene Erb
- d) Hemibloqueo anterior izquierda

99.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la displasia del ventrículo derecho te parece CORRECTA?

- a) La taquicardia ventricular que produce típicamente presenta morfología de bloqueo de rama derecha.
- b) El ejercicio físico es un detonante de muerte súbita y debe ser desaconsejado de manera vehemente.
- c) La ablación de taquicardias ventriculares es eficaz con una tasa de recurrencias baja.
- d) La afectación del ventrículo izquierdo es un hallazgo excepcional.

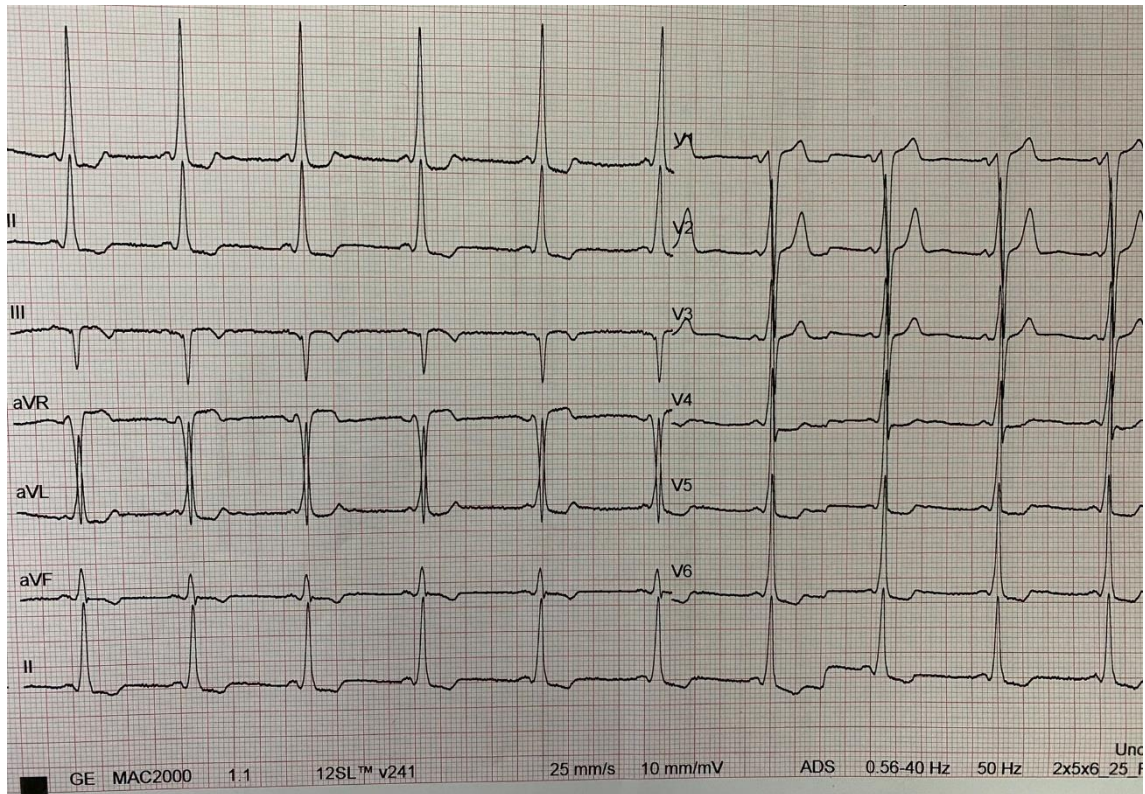
100.- Un paciente de 18 años acude tras un cuadro de faringoadmigdalis por dolor pleurítico. El dolor tiene un fuerte carácter posicional con mejoría al inclinarse hacia delante y empeora al tumbarse e inspirar profundo. En la auscultación se aprecia un roce pericárdico evidente y en el ECG se aprecia un ascenso difuso del segmento ST con descenso claro del segmento PR. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la evolución del ECG te parece CORRECTA?

- a) La onda T puede permanecer negativa durante meses después del episodio.
- b) La elevación del segmento ST es más llamativa en aVR
- c) La relación entre el ascenso del segmento ST y la altura de la onda T es menor de 0,25 en V6
- d) La onda T se negativiza en días habitualmente manteniendo el ST elevado todavía.

101.- Con respecto a los isótopos usados para las pruebas de perfusión cardiaca una de las siguientes respuestas es INCORRECTA

- a) EL Talio 201 se comporta como el Ion K, incorporándose al interior de la célula con una gran capacidad de redistribución.
- b) El tetrafosmín Tecnecio tiene una semivida más larga que el Talio por lo que generalmente, salvo en sujetos grandes, con una sola dosis es suficiente.
- c) La redistribución del Talio en tejidos severamente hipoperfundidos es lenta y para valorar la viabilidad, se hace una tercera inyección para confirmar ausencia de redistribución, dando al tejido la consideración de no viable.
- d) La eliminación del Talio es más rápida desde el miocardio normal con una actividad alta de talio comparada con la actividad de Talio reducida en miocardio isquémico. Este fenómeno se denomina Lavado Diferencial.

102.- Un individuo de 23 años asintomático acude con este ECG en una revisión del trabajo. Una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA.



- a) Se considera que debe proponerse ablación aun en ausencia de taquicardias documentadas por una incidencia superior al 3% de muerte súbita anual.
- b) Se debe realizar un ECG a la familia por la frecuencia de agrupación familiar.
- c) La ablación puede resultar compleja por su proximidad al nodo AV.
- d) Hay que descartar una miocardia hipertrófica porque presenta una Hipertrofia VI considerable.

103.- Con respecto al síndrome de Brugada, cuál de estas afirmaciones es FALSA:

- a) Se caracteriza por bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en derivaciones precordiales anteriores, a menudo sin cardiopatía estructural.
- b) Se describen tres patrones ECG, pero únicamente resulta en un diagnóstico definitivo de síndrome de Brugada el tipo I.
- c) La ablación epicárdica tiene como objetivo identificar las zonas viables dentro de la cicatriz, en la cara anterior del ventrículo derecho, aboliendo los circuitos de reentrada.
- d) La quinidina es un fármaco eficaz para el tratamiento de las taquicardias mediadas por el síndrome de Brugada, normalizando el ST y deteniendo la taquicardia ventricular.

104.- En relación con la cardiopatía isquémica inducida por cocaína. Señale la respuesta CORRECTA

- a) El efecto vasoconstrictor de la cocaína puede ser revertido con betabloqueantes
- b) El 50% de los pacientes que acuden a urgencias con dolor precordial en relación con el consumo de cocaína tienen alteraciones enzimáticas
- c) La aparición más frecuente de la clínica es varias horas después de su uso.
- d) EL consumo de etanol junto a la cocaína tiene un efecto sinérgico para los eventos cardiovasculares.

105 En relación a los mixomas cardiacos. Señale la afirmación CORRECTA

- a) El riesgo de recurrencia es bajo (menos del 2%)
- b) La mayoría se encuentra en la aurícula derecha
- c) Es más frecuente en las mujeres
- d) La incidencia aumenta a partir de la sexta década.

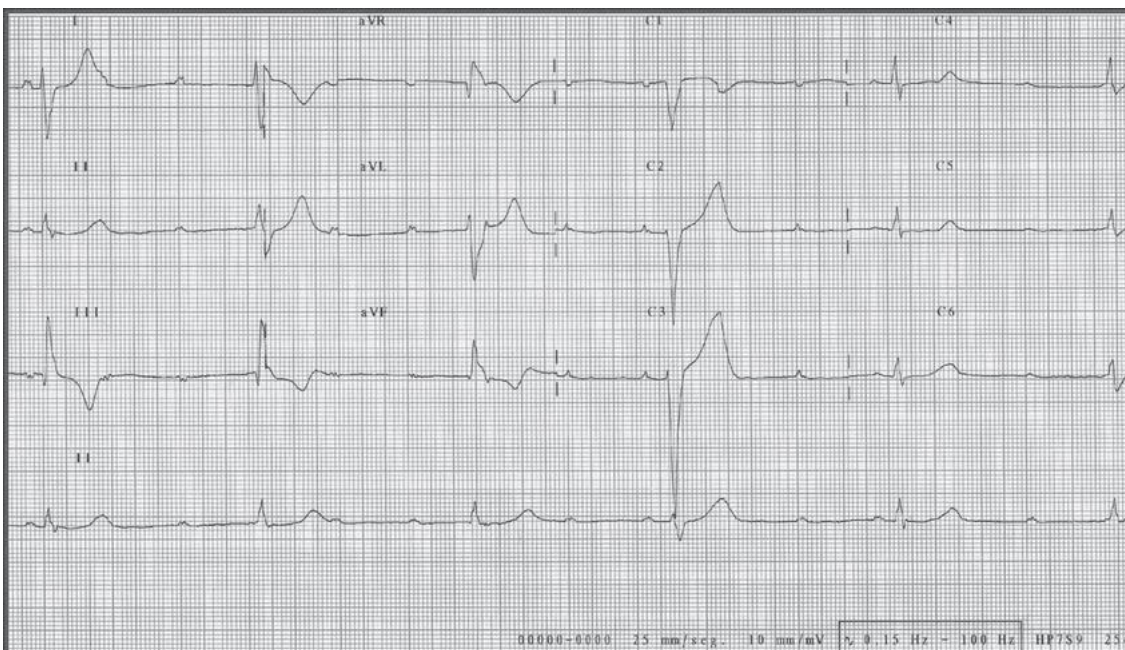
106.- Cual de los siguientes datos es característico del taponamiento cardiaco.

- a) Aumento del 30% de la onda E en el flujo de entrada en el ventrículo izquierdo con la inspiración.
- b) Disminución de las presiones diastólicas ventriculares
- c) Aumento de intensidad de los tonos cardiacos por el aumento de la contractilidad cardiaca
- d) Disminución en más de 10 mmHg de la presión arterial sistólica en la inspiración.

107.- Paciente de 56 años con antecedente de síncope súbito con recuperación completa de 20-30 segundos de duración sin pródromos. El paciente tiene antecedente de sarcoidosis pulmonar diagnosticada hace 5 años. En relación con la sarcoidosis cardiaca cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA.

- a) La sarcoidosis cardiaca es una entidad frecuente en los pacientes con afectación pulmonar, con manifestación clínica cardiaca hasta en un 50% de los pacientes
- b) El SPECT cardiaco con gadolinio es la prueba de elección, ya que tiene una mayor sensibilidad y especificidad que el FDG-PET
- c) Frecuentemente hay afectación coronaria con la formación de aneurismas y trombosis.
- d) El hallazgo de realce tardío con gadolinio por RNM en un paciente con sarcoidosis extracardiaca es un marcador de eventos cardiacos mayores.

108.- Se realiza una resonancia nuclear cardiaca que hace más probable el diagnóstico de sarcoidosis, con una FEVI del 45%. El paciente ingresa por síncope y tiene este electrocardiograma al ingreso.



Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta

- a) Le implantaría un DAI-CRT
- b) Hay que poner tratamiento con corticoides e inmunosupresores ya que suele responder, retrogradando el bloqueo y haciendo la necesidad de implante de marcapasos innecesaria.
- c) No estaría recomendado el implante de DAI-CRT salvo que hubiera disfunción ventricular severa
- d) La prevalencia de BAV es menor al 10% en esta población de pacientes con sarcoidosis cardiaca.

109.- Entre las siguientes distrofias musculares asociadas a afectación cardiovascular, ¿ cual tiene una herencia recesiva ligada al X?

- a) Distrofia muscular de Duchenne
- b) Distrofia limb-girdle
- c) Distrofia facioescapulohumeral
- d) Ataxia de Fiedrich

110.- Estamos valorando una gestante de 34 semanas, sin antecedentes de interés, que comienza con disnea y ortopnea, se realiza una analítica que muestra un proBNP de 2260.Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA.

- a) La elevación del pro-BNP se da habitualmente en el embarazo, por lo que no es un marcador fiable de insuficiencia cardiaca en este contexto.
- b) Lo más probable es que se trate de una cardiopatía preexistente, ya que es en el tercer trimestre cuando se suelen poner de manifiesto.
- c) Podría tratarse de una miocardiopatía periparto, aunque lo más frecuente es diagnosticarla en el postparto.
- d) La realización de una resonancia cardiaca estaría contraindicada en esta paciente.

111.- Se le realiza una ecocardiografía que muestra una disfunción ventricular moderada, con una FEVI el 40%, sin identificarse una causa etiológica clara, por lo que se diagnostica de miocardiopatía periparto. Señale la afirmación CORRECTA

- a) Iniciaría tratamiento con diuréticos, IECA y betabloqueantes como primera opción.
- b) La bromocriptina se ha establecido como el tratamiento de elección en estos pacientes
- c) El tratamiento con bromocriptina debe acompañarse con anticoagulación con heparina, al menos a dosis profilácticas
- d) La recuperación de la función ventricular es infrecuente en estos pacientes.

112.- Acude a Urgencias un paciente de 70 años, hipertenso, diabético con disnea desde hace un mes aproximadamente. En la exploración tiene crepitantes hasta campos medios. Se realiza un ECG que muestra fibrilación auricular a 140 spm. Se realiza un ecocardiograma que muestra disfunción ventricular severa, realizándose una coronariografía sin lesiones coronarias y una resonancia cardiaca que confirma la disfunción ventricular severa, aunque sin áreas de realce tardío. Se inicia tratamiento con betabloqueantes, IECA y digoxina para control de la frecuencia cardiaca revirtiendo espontáneamente a ritmo sinusal. Se sospecha que se trata de una taquimiocardiopatía. En relación con esta entidad señale la respuesta CORRECTA.

- a) El diagnóstico se confirma retrospectivamente si al corregir la arritmia se observa mejoría de la fracción de eyección.
- b) Es importante descartar hipotiroidismo en estos pacientes.
- c) Es probablemente más importante la frecuencia cardiaca que la duración de la arritmia en su instauración.
- d) Es necesario una patología cardiaca subyacente para que aparezca.

113.- ¿Cuál de las siguientes hormonas neuromoduladoras produce vasodilatación?

- a) Norepinefrina
- b) Angiotensina II
- c) Endotelina
- d) Adrenomedulina

114.- ¿La fase I del potencial de acción transmembrana a que corresponde?

- a) despolarización precoz
- b) repolarización rápida
- c) Fase de meseta
- d) Potencial de membrana de reposo.

115.- Paciente de 51 años que ingresa por SCASEST, se realiza coronariografía que muestra enfermedad de tronco común izquierdo significativa aceptándose para cirugía de revascularización coronaria, el paciente se mantiene estable en la planta a la espera de la cirugía en relación con la cirugía de

revascularización en el SCASEST, según las guías de la sociedad Europea de Cardiología del 2020, todos los enunciados son verdaderos EXCEPTO

- a) Aproximadamente entre un 5 y un 10 % de los pacientes con SCASEST requieren cirugía
- b) El riesgo de eventos isquémicos mientras esperan la cirugía se estima en torno al 5%
- c) El riesgo de sangrado perioperatorio asociado a la antiagregación plaquetaria es mayor del 10%
- d) No hay ensayos clínicos aleatorizados que te digan el tiempo óptimo para la cirugía.

116.- Se realiza un bypass de mamaria izquierda a descendente anterior y de safena a circunfleja, en relación a la doble antiagregación en este paciente, que no tiene un alto riesgo de sangrado, según las guías sobre doble antiagregación plaquetaria del 2017

- a) No es necesario retomarla tras la cirugía, se mantiene únicamente con aspirina
- b) Dado que se trata de un síndrome coronario agudo se recomienda mantenerla por un año.
- c) Solo se mantendría el primer mes tras la cirugía.
- d) Al tener enfermedad de tronco coronario se recomienda doble antiagregación indefinida.

117.- En Extremadura, todos los siguientes pueden ser requisitos para el tratamiento con inhibidor de la PSC9 EXCEPTO

- a) Tratamiento con rosuvastatina 20 mg diarios.
- b) Tratamiento con atorvastatina 80 mg diarios.
- c) Haber probado al menos dos estatinas en caso de intolerancia a una de ellas.
- d) La elevación de enzimas musculares

118.- En relación con el mecanismo de acción de las estatinas todas son ciertas EXCEPTO.

- a) Las estatinas inhiben la enzima HMG-CoA reductasa
- b) Además de prevenir la síntesis de colesterol también interfieren en la síntesis de intermediarios lipídicos como el farnesyl
- c) Las estatinas aumentan la prenilación de ciertas proteínas, aumentando su actividad biológica, de ahí parte de sus efectos pleiotrópicos.
- d) Las estatinas pueden aumentar los niveles de HDL-colesterol actuando de forma indirecta sobre la transcripción de la apo A-I

119.- Los siguientes antiarrítmicos presentan el fenómeno de dependencia de uso, EXCEPTO

- a) Sotalol
- b) Flecainida
- c) Verapamilo
- d) Lidocaina

120.- Acude a su consulta un paciente deportista de 28 años porque ha bajado su rendimiento en los últimos meses, cansándose cuando realiza senderismo con sus amigos y su médico de atención primaria le ha auscultado un soplo en la exploración. Le realiza una ecocardiografía que muestra que tiene una aorta bicúspide con una insuficiencia severa, sin otras valvulopatías. Le hace las siguientes mediciones. DTDVI 68 mm. DTSVI 42mm. FEVI 55%. Raíz aórtica 46mm. Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA

- a) Las guías recomiendan la realización de coronariografía previa a una eventual intervención.
- b) Dado que tiene una FEVI mayor de 50% todavía no estaría indicada la cirugía
- c) La intervención sería únicamente de la válvula, ya que el aneurisma de aorta en valvulopatía aórtica bicúspide se interviene cuando el diámetro es mayor de 50 mm
- d) Todas las afirmaciones son falsas.

121.- Cuál de los siguientes anticoagulantes se desaconseja como único fármaco antitrombótico durante la realización de una intervención coronaria percutánea.

- a) Enoxaparina
- b) Heparina no fraccionada
- c) Fondaparinux
- d) Bivalirudina

122.- En relación con la medición del índice tobillo-brazo, señale la afirmación CORRECTA

- a) Un índice tobillo brazo de menos de 0,90 se asocia con un aumento de 2 a 3 veces del riesgo de muerte cardiovascular
- b) Un índice tobillo-brazo de más de 1,40 confiere una reducción relativa del riesgo cardiovascular del 10%
- c) Esta indicado medirlo a las personas con úlceras que no se curan, incluso en extremidades superiores
- d) Se recomienda el uso de manguitos automatizados en la medición de la presión del tobillo, ya que disminuye la variabilidad interobservador.

123.- En relación con el tratamiento médico en pacientes con enfermedad arterial periférica señale la respuesta CORRECTA

- a) EL uso de betabloqueantes está contraindicado.
- b) Los betabloqueantes pueden ser beneficiosos, ya que en un estudio observacional confiere en pacientes isquémicos confería una reducción de nuevos eventos coronarios
- c) Los betabloqueantes disminuyen un 25% la distancia recorrida en pacientes con enfermedad leve a moderada
- d) Se recomienda antiagregación en pacientes con enfermedad arterial periférica, incluso asintomáticos.

124. Acude a su consulta una paciente de 45 años, para una revisión, porque refiere que ha disminuido su capacidad de ejercicio le explica que de niña la siguieron por un soplo que tenía, aunque le dieron el alta. Le realiza una ecocardiografía que muestra una comunicación auricular tipo ostium secundum, con shunt izquierda a derecha, con dilatación leve de cavidades derechas e insuficiencia tricúspidee leve a moderada y una presión sistólica estimada de 40 mmHg, según las guías del 2020 sobre el manejo de las cardiopatías congénitas del adulto, señale la respuesta CORRECTA

- a) El método de elección si es técnicamente posible es el cierre con dispositivo frente a la cirugía.
- b) Está recomendado el cierre independientemente de la resistencia vascular pulmonar, ya que hay un shunt izquierda a derecha.
- c) Al cerrar la comunicación interauricular además estamos evitando el desarrollo de una fibrilación auricular.
- d) No estaría indicado el cierre salvo que presentara un embolismo paradójico.

125.- Dentro de la miocardiopatía hipertrófica hay algunas variantes electrocardiográficas que son sugestivas de diagnósticos específicos o variantes morfológicas. ¿Un PR corto sin preexcitación con cual se relaciona?

- a) **enfermedad de Anderson-Fabry**
- b) Síndrome de Noonan
- c) Amiloidosis
- d) Enfermedad de Danon

126.- En relación con el gradiente obstructivo del tracto de salida de ventrículo izquierdo, señale la respuesta INCORRECTA.

- a) La obstrucción el tracto de salida se define como un gradiente máximo por doppler mayor o igual a 30 mmHg.
- b) Normalmente se consideran 50 mmHg como el umbral para pensar en medidas invasivas.

- c) El uso de diuréticos está contraindicado en paciente con gradiente obstructivo mayor de 60 mmHg.
- d) Los betabloqueantes son el tratamiento de primera línea para mejorar el gradiente y los síntomas en pacientes con obstrucción al tracto de salida.

127. Según las guías de valvulopatía de la sociedad europea de cardiología de 2021 cuál de las siguientes condiciones favorecería una cirugía de reemplazo valvular aórtico frente a una TAVI en un paciente con estenosis aórtica severa.

- a) Edad avanzada.
- b) Antecedente de radiación torácica
- c) Válvula aórtica bicúspide
- d) Aorta de porcelana

128. Acude a su consulta un paciente con riesgo cardiovascular elevado, solicitándole consejo sobre que dieta debe seguir para llevar una vida saludable, dentro de las siguientes recomendaciones, cual NO le daría.

- a) Evitar el consumo de café
- b) Limitar el consumo de alcohol a un máximo de 100 g. por semana.
- c) Consumir pescado una o dos veces por semana, especialmente pescado azul.
- d) Tomar menos de 5 gramos de sal al día

129.- Juan es un paciente de 56 años hipertenso y dislipémico que ha tenido un infarto de miocardio hace tres años. Está tomando 80 mg de atorvastatina y tiene un colesterol LDL de 63 mg/dl. Cuál de las siguientes opciones en cuanto a la modificación del tratamiento es la más adecuada.

- a) Le mantendría el mismo tratamiento, ya que está en objetivo y no ha tenido nuevos eventos.
- b) Le bajaría la dosis de estatina, ya que mantiene la estabilidad después de tres años y se puede ser más laxos en el objetivo terapéutico.
- c) Le añadiría ezetimibe, ya que el objetivo en este paciente sería 55 mg/dL de LDL
- d) Le añadiría gemfibrozilo 900 mg diarios, por su efecto sinérgico para llegar a un LDL por debajo de 55 mg/dl.

130.- Según las guías de práctica clínica de síndrome coronario agudo sin elevación del ST de 2020 ¿cuál no es un criterio de muy alto riesgo?

- a) Una determinación de troponina T en 100 ng/mL
- b) En el electrocardiograma una depresión de ST de más de un milímetro en seis derivaciones junto a un ascenso en aVR
- c) Insuficiencia cardíaca aguda relacionada claramente con el síndrome coronario agudo.
- d) Persistencia del dolor isquémico pese al tratamiento médico.

131.- Según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de cardiología de 2015 sobre endocarditis infecciosa, en cual de las siguientes situaciones NO estaría recomendada una profilaxis antibiótica ante un procedimiento de alto riesgo

- a) En el segundo mes de una enfermedad congénita reparada sin shunt residual.
- b) Paciente portador de una válvula protésica.
- c) Paciente con un prolapso valvular mitral con insuficiencia severa.
- d) Paciente con un episodio previo de endocarditis.

132.- Un paciente de 70 años con fibrilación auricular crónica, con antecedente de ictus isquémico hace tres años, diabético tipo 2, bebedor de tres copas de vino al día, en tratamiento con sintrom con un TRT de 50%, función renal normal, con elevación de las enzimas hepáticas cuatro veces por encima de lo normal, sin alteraciones en el hemograma y una tensión arterial en consulta de 170/90. Toma habitualmente ibuprofeno por un dolor en la rodilla. Con estos datos quiere calcularle el riesgo embolígeno y usa la escala CHADVASc, ¿qué puntuación tendría el paciente?

- a) 4
- b) 5
- c) 6
- d) 7

133 ¿En los pacientes con miocardiopatía hipertrófica, ¿con cuál de los siguientes factores no se relaciona un aumento del riesgo de muerte súbita?

- a) edad avanzada.
- b) episodios de TVMNS de 3 o más latidos en un Holter de 24 horas.
- c) la presencia de gradiente dinámico en tracto de salida del ventrículo izquierdo.
- d) Todos se relacionan con un aumento del riesgo de muerte súbita.

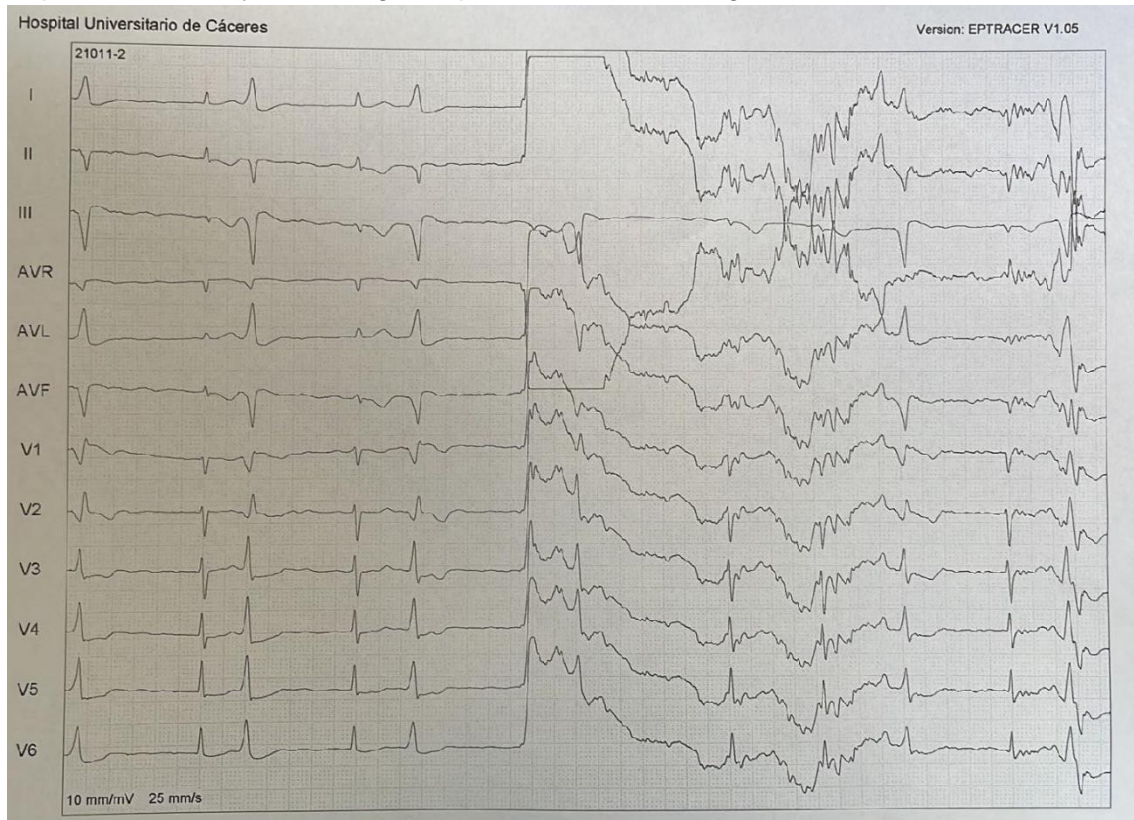
134.- En relación con el síndrome de Tako-Tsubo, señale la respuesta INCORRECTA

- a) La forma de presentación generalmente es con dolor precordial, disnea y sudoración
- b) Se desencadena por un estrés emocional identificable en dos terceras partes de los casos
- c) La mayoría de los pacientes son mujeres
- d) Es una entidad benigna, teniendo una mortalidad menor del 1% en la fase aguda.

135.-Cuál es la arritmia más frecuentemente que esperaríamos encontrar en un paciente con covid-19?

- a) Fibrilación auricular
- b) Taquicardia ventricular monomórfica
- c) Bloqueo auriculoventricular completo
- d) Pausas sinusales de más de tres segundos.

136.- Está usted atendiendo a un paciente en Urgencias. El ECG comienza a mostrar artefactos como el que se muestra y usted sugiere que se cambie un latiguillo en el ECG . señale cual.



- a) Brazo derecho
- b) Brazo izquierdo.
- c) Pierna derecha
- d) Pierna izquierda

137.- ¿En cuántos Capítulos se estructura el Título I de la Constitución española de 1978?

- a) En cuatro.
- b) En cinco
- c) En seis.
- d) En tres.

138.- ¿De cuántos artículos consta la Constitución española de 1978?

- a) De 167.
- b) De 169
- c) De 170.
- d) De 165.

139.- El ejercicio de la potestad legislativa de la Comunidad Autónoma.

- a) Corresponde al Presidente de la Junta de Extremadura
- b) Corresponde a la Junta de Extremadura.
- c) Corresponde a la Asamblea de Extremadura
- d) Corresponde a los Consejeros.

140.- El territorio de Extremadura:

- a) Es el de los municipios comprendidos dentro de los actuales límites de las provincias de Badajoz y Cáceres.

- b) Es el de las provincias de Badajoz y Cáceres.
- c) Es el de las comarcas comprendidas dentro de los actuales límites de las provincias de Badajoz y Cáceres.
- d) Es el de todos los municipios.

141.- La lista de competencias exclusivas, de desarrollo normativo y ejecución; y de ejecución se regula en el Estatuto de Autonomía, ¿en qué arts.?

- a) 8, 9 y 10.
- b) 9 y 10.
- c) 9.
- d) 9,10 y 11

142 . La actividad del sistema sanitario que pueda incidir sobre el ámbito propio de la Veterinaria de Salud Pública en relación con el control de higiene, la tecnología y la investigación alimentarias, así como la prevención y lucha contra la zoonosis y las técnicas necesarias para la evitación de riesgos en el hombre debidos a la vida animal o a sus enfermedades

- a) Se considera actividad básica del sistema sanitario
- b) No tiene trascendencia en el sistema sanitario.
- c) Es independiente del sistema sanitario.
- d) Ninguna de las anteriores.

143 No es un derecho colectivo del personal estatutario:

- a) A la libre sindicación.
- b) A la actividad sindical.
- c) A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población.
- d) A recibir asistencia y protección de las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

144.- ¿Cuál es la Ley de Igualdad en Extremadura?

- a) Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.
- b) Ley 11/2008, de 22 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.
- c) Ley 8/2011, de 22 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.
- d) Ley 11/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.

145.- No es un principio general en la Ley de Igualdad de Extremadura:

- a) La ruptura de la brecha de género en la Sociedad de la Información, el Conocimiento y la Imaginación.
- b) La igualdad de oportunidades.
- c) El reconocimiento de la paternidad como un valor social, evitando los efectos negativos en los derechos de las mujeres, y la consideración de la maternidad en un contexto familiar y social de corresponsabilidad, de acuerdo con los nuevos modelos de familia.
- d) La eliminación de roles y estereotipos en función del sexo.

146.- Se entiende por actuación administrativa automatizada:

- a) Cualquier acto o actuación realizada íntegramente a través de medios electrónicos por una Administración Pública en el marco de un procedimiento administrativo y en la que no haya

intervenido de forma directa un empleado público.

- b) Cualquier acto o actuación realizada en algunos trámites a través de medios electrónicos por una Administración Pública en el marco de un procedimiento administrativo.
- c) Cualquier acto o actuación electrónica realizada por una Administración Pública en el marco de un procedimiento administrativo para que puedan intervenir de forma directa empleados públicos.
- d) Ninguna de las anteriores.

147.- ¿En qué título del Estatuto de Autonomía se regula las Instituciones de Extremadura?

- a) III
- b) II
- c) IV
- d) V

148.- La Junta de Extremadura cesa:

- a) Al mes tras la celebración de elecciones a la Asamblea.
- b) En los casos de la pérdida de confianza parlamentaria.
- c) Sólo por dimisión o fallecimiento de su presidente.
- d) Cuando lo hace su presidente, continuando en funciones hasta la toma de posesión del nuevo Gobierno.

149.- 1. Conforme a la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, es objeto de la misma:

- a) La ordenación y regulación del Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud.
- b) La ordenación y regulación del Sistema Sanitario Público de Extremadura exclusivamente.
- c) La creación del Servicio Extremeño de Salud
- d) Son correctas la a y la c.

150.- Conforme a la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, son titulares de los derechos y deberes contemplados en la misma:

- a) Los españoles y los extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Extremadura.
- b) Los extranjeros sólo si residen en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- c) Sólo los españoles residentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- d) Ninguna de las anteriores.

151.- Conforme a la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, señala la correcta:

- a) En cada área de salud se establecerá un Consejo de Salud General.
- b) En cada zona de salud se establecerá un Consejo de Salud de Zona
- c) En cada área de salud se establecerá un Consejo de Salud de Zona.
- d) No es ninguna correcta.

152.- Conforme a la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura:

- a) No es autónomo.
- b) No da cuenta de sus actividades a la Asamblea de Extremadura.
- c) Es una figura que no está regulada aún.

- d) Está adscrito al departamento de la Administración regional que ostente las competencias en materia de protección de los derechos de los consumidores.

PREGUNTAS DE RESERVA

1.- Con respecto a la fibrilación auricular que acompaña a la miocardiopatía hipertrófica, una de las siguientes afirmaciones es FALSA.

- a) En el caso de aparecer fibrilación auricular se seguirá el esquema de anticoagulación ajustado al riesgo por el CHADVASC.
- b) La hipertrofia ventricular izquierda aumenta el riesgo de proarritmia tipo “torsades” por lo que los únicos fármacos para el control del ritmo recomendados son la amiodarona y dronedarona.
- c) La ablación de fibrilación auricular mediante aislamiento de venas pulmonares es una opción razonable en pacientes que no responden a los fármacos antiarrítmicos.
- d) La fibrilación auricular acompaña hasta el 25% de estos pacientes originando un considerable deterioro clínico.

2.- Sobre la taquicardia ventricular rama rama o por reentrada en las ramas una de las siguientes respuestas es incorrecta

- a) Se debe sospechar en pacientes con bloqueo de rama izquierda con idéntica morfología en taquicardia.
- b) La estimulación antitaquicardia en los pacientes portadores de DAI debe desactivarse, al no ser un tratamiento eficaz en estos pacientes.
- c) Suele tratarse de pacientes con cardiopatía orgánica, bien dilatada o estenosis aórtica, habitualmente con trastorno de conducción asociado.
- d) La ablación de la rama derecha es muy eficaz para evitar las recidivas al anular una parte integral del circuito.

3.- Con respecto a los DAI subcutáneos una de las siguientes afirmaciones es incorrecta:

- a) La presencia de infección en el dispositivo obliga a la retirada de todo el sistema.
- b) Las baterías son generalmente más grandes que los dispositivos con cable intracardiaco.
- c) La limitación a la terapia de estimulación es un inconveniente para el uso de este dispositivo en pacientes con taquicardias ventriculares monomórficas sostenidas.
- d) Su uso es la norma en pacientes con canalopatías, donde se prefieren a los desfibriladores intracardiacos.

4.- En relación con la Miocardiopatía Hipertrófica (MCH) y embarazo... Señale la afirmación CORRECTA.

- a) Para las pacientes embarazadas y no embarazadas debe usarse la misma estratificación del riesgo de MCH.
- b) Se recomienda continuar con el tratamiento con bloqueadores beta de las pacientes con MCH que los tomaban antes del embarazo.
- c) En la MCH, se debe considerar la cardioversión para tratar la fibrilación auricular persistente.
- d) Todas las anteriores son ciertas.

5.- En relación con la prevención de nefropatía inducida por contraste para pacientes con enfermedad renal crónica moderada-grave, se establecen una serie de recomendaciones. Indique la INCORRECTA:

- a) Se recomienda la hidratación con salino normal antes de administrar el medio de contraste.
- b) Se debe considerar hidratación con bicarbonato sódico antes de administrar medio de contraste.
- c) Se debe considerar la administración de estatinas a dosis altas.
- d) Para pacientes con ERC de grados 4-5, se debe considerar la hemofiltración profiláctica antes de una intervención compleja.

6.- La Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa recomienda en relación con el uso del tratamiento antitrombótico (señale la afirmación INCORRECTA):

- a) Se recomienda interrumpir el tratamiento antiplaquetario.
- b) Se recomienda interrumpir toda la anticoagulación cuando haya hemorragia intracraneal.
- c) Se debe considerar la sustitución de la anticoagulación oral por heparina no fraccionada o de bajo peso molecular durante 1-2 semanas cuando se produzca un accidente cerebrovascular isquémico sin hemorragia.
- d) En ausencia de accidente cerebrovascular, se debe considerar la sustitución del tratamiento de anticoagulación oral por heparina no fraccionada o de bajo peso molecular durante 1-2 semanas en caso de endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus*.

7.- Señale la afirmación falsa con respecto al cateterismo cardíaco derecho.

- a) Si las resistencias vasculares pulmonares son normales, los valores de presión de enclavamiento capilar media y diastólica pulmonar son similares.
- b) El inflado inadecuado del balón del catéter de Swan-Ganz puede producir medidas erróneas de la presión de enclavamiento.
- c) Con un enclavamiento correcto, el valor de la saturación de oxígeno de las muestras obtenidas por el catéter debe ser inferior al 60%.
- d) Valores superiores al 80% en la saturación de oxígeno en la arteria pulmonar debe hacer sospechar la presencia de un cortocircuito izquierda-derecha.

8.- Señale en cuál de estos supuestos no tiene indicación la biopsia endomiocárdica.

- a) Sospecha de miocardiopatía por enfermedad de depósito.
- b) Miocardiopatía dilatada asociada a eosinofilia.
- c) Sospecha de tumor cardíaco.
- d) Fibrilación auricular inexplicada.

9.- En relación con las reacciones a contrastes iodados durante el cateterismo, señale la correcta.

- a) Es necesario premedicación con corticoides en pacientes con alergia al marisco.
- b) Los individuos atópicos presentan mayor riesgo y se debe considerar la premedicación con corticoides y antihistamínicos.
- c) Si no se producen reacciones en el momento de la inyección, la aparición de eritema cutáneo a las 48 horas no tiene relación con el contraste y se deben retirar de entrada los fármacos de reciente prescripción.
- d) Es necesario premedicación de forma rutinaria a todos los pacientes con alergias medicamentosas.

10.- En relación con la terapia antiagregante plaquetaria en la estenosis carotídea, señale el enunciado INCORRECTO.

- a) Se recomienda doble antiagregación con AAS y Clopidogrel durante el primer mes tras la cirugía de carótida.
- b) Un mes tras el implante de un stent carotídeo se suspende la doble antiagregación y se recomienda antiagregación simple con AAS o clopidogrel.
- c) en la enfermedad arterial carotídea asintomática se recomienda antiagregación simple con AAS o clopidogrel.
- d) En general, el régimen antiagregante propuesto en la enfermedad carotídea tratada o no, se recomienda mantenerlo más allá del año durante todo el tiempo que se tolere

11.- La Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud:

- a) Es el órgano superior del Servicio Extremeño de Salud.
- b) El nombramiento y cese de su titular corresponderá al Consejo competente en materia de sanidad de la Junta de Extremadura.
- c) Es el órgano de control y participación en la gestión del Servicio Extremeño de Salud.
- d) Aprueba la memoria anual de la gestión del Servicio Extremeño de Salud.

12.- Conforme a la Ley General de sanidad, las infracciones se clasifican como:

- a) Muy leves, leves, graves y muy graves
- b) Leves, graves y muy graves
- c) Leves y graves
- d) Graves y muy graves.