

# OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018  
Erabakiaren bidez, egindako  
Oposaketa-Lehiaketarako deia  
(EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren  
19koa)

Concurso-Oposición convocado por  
Resolución 111/2018 de 7 de febrero  
de 2018 (B.O.P.V. N° 35 de 19 de  
febrero de 2018)

## **KATEGORIA:**

**FAK. ESP. KARDIOLOGIAKO MEDIKUA**

## **CATEGORÍA:**

**FAC. ESP. MÉDICO CARDIOLOGÍA**

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 19a**  
Fecha prueba: **19 de mayo de 2018**

*1. ariketa / 1er. ejercicio*  
*A Eredua / Modelo A*

**1 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES ESTÁ INCLUIDO EN LA ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA?**

- 1a) La fibrosis endomiocárdica demostrada por RMN.
- 1b) La presencia de aneurismas ventriculares apicales.
- 1c) El diámetro antero-posterior de la aurícula izquierda.
- 1d) La existencia de mutaciones en dos genes sarcoméricos.

**2 RESPECTO AL SÍNDROME DE QT LARGO, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:**

- 2a) El estudio de inducción de arritmias ventriculares es útil para la estratificación del riesgo de muerte súbita.
- 2b) El riesgo de muerte súbita es mayor en pacientes con QTc > 500 mseg que en aquellos con QTc 480-500 mseg.
- 2c) La presencia de una mutación de patogenicidad confirmada es diagnóstica de síndrome de QT largo independientemente del QTc del paciente.
- 2d) Se recomienda iniciar siempre tratamiento betabloqueante, incluso en portadores genéticos con QTc normal.

**3 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACIÓN AL SÍNDROME DE BRUGADA**

- 3a) La presencia de patrón ECG tipo 1 espontáneo (en ausencia de fiebre o fármacos) en un paciente asintomático es indicación de implante de DAI con un nivel de evidencia IIA-C.
- 3b) Los tratamientos de elección en caso de tempesta arrítmica son betabloqueantes y amiodarona.
- 3c) Las arritmias ocurren típicamente en varones jóvenes durante la actividad física, especialmente natación.
- 3d) El tratamiento con quinidina y la ablación epicárdica están contemplados en pacientes con terapias apropiadas frecuentes del DAI.

**4 RESPECTO A LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA, SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA**

- 4a) La mayor parte de las mutaciones ocurren en genes sarcoméricos, sobretudo MYBPC3, MYH7 y TNNT2.
- 4b) La persistencia de obstrucción intraventricular severa y disnea clase funcional II NYHA a pesar de dosis máximas de betabloqueantes es indicación de terapia de reducción septal (ablación o miectomía).
- 4c) Tras un primer episodio de fibrilación auricular en un paciente con CHADSVASC de cero se debe iniciar tratamiento anticoagulante.
- 4d) En pacientes asintomáticos el seguimiento incluye ECG anual, ecocardiograma anual y holter cada 6-12 meses si la aurícula izquierda está dilatada ( $\geq 45$  mm de diámetro).



**5 UN PACIENTE CON INDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN (ACO) POR FIBRILACIÓN AURICULAR INGRESA POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. SU RIESGO DE SANGRADO ES ALTO. ELIJA LA PAUTA DE TRATAMIENTO QUE CONSIDERE MÁS ADECUADA:**

- 5a) Un mes de triple terapia (ACO, AAS y clopidogrel), once meses de doble terapia (ACO y AAS o clopidogrel), posteriormente ACO.
- 5b) Un mes de triple terapia, cinco meses de doble terapia y posteriormente ACO.
- 5c) Tres meses de triple terapia, nueve meses de doble terapia y posteriormente ACO.
- 5d) Seis meses de triple terapia, seis meses de doble terapia y posteriormente ACO.

**6 SE ENCUENTRA AISLADO EN CANDANCHÚ JUNTO A OTROS ESQUIADORES POR UNA TORMENTA DE NIEVE. UN HOMBRE DE 47 AÑOS Y UNOS 78 KG DE PESO REFIERE DOLOR TORÁCICO. EN EL PUESTO DE SOCORRO, SE LE REALIZA UN ECG QUE MUESTRA ELEVACIÓN DEL ST DE 10 MM DE V1-V5. DISPONEN DE MEDICACIÓN PARA FIBRINOLISIS. ¿QUÉ FÁRMACOS Y A QUÉ DOSIS LE ADMINISTRARÍA?**

- 6a) AAS 100 mg, clopidogrel 300 mg, TNK 8000 UI, enoxaparina 70 mg ev y 30 mg sc.
- 6b) AAS 300 mg, clopidogrel 600 mg, TNK 7000 UI, enoxaparina 70 mg sc.
- 6c) AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, TNK 8000 UI, enoxaparina 30 mg ev y 70 mg sc.
- 6d) AAS 300 mg, clopidogrel 150 mg, TNK 7000 UI, enoxaparina 30 mg ev y 70 mg sc.

**7 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA EN RELACIÓN A LA PERICARDITIS:**

- 7a) Cuando los síntomas persisten más de 3 meses la pericarditis se considera crónica.
- 7b) El tratamiento de segunda, tercera y cuarta línea consiste respectivamente en corticosteroides, inmunoglobulinas o azatioprina y pericardiectomía.
- 7c) Los niveles de PCR en sangre son útiles para evaluar la respuesta al tratamiento.
- 7d) La afectación miocárdica (miopericarditis) empeora el pronóstico, aumentando el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca o muerte.

**8 EN RELACIÓN AL MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK CARDIOGÉNICO, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:**

- 8a) El balón de contrapulsación intraaórtico no se recomienda de forma rutinaria.
- 8b) En caso de necesitar presores, es preferible utilizar dopamina a noradrenalina.
- 8c) Utilizar una carga de fluidos está contraindicado debido a la elevación de presiones de llenado.
- 8d) La dobutamina está contraindicada, ya que aumenta la mortalidad.

**9 ENTRE LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA, NO SE ENCUENTRA ALGUNA DE LAS RESPUESTAS SIGUIENTES:**

- 9a) Los diuréticos.
- 9b) La ventilación mecánica no invasiva.
- 9c) La ultrafiltración.
- 9d) Los vasodilatadores.

**10 SON INOTRÓPICOS POSITIVOS LOS SIGUIENTES FÁRMACOS, EXCEPTO:**

- 10a) Dobutamina.
- 10b) Levosimendan.
- 10c) Milrinona.
- 10d) Neseritide.

**11 UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA DE MÁS DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN A PESAR DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO ÓPTIMO ES CANDIDATO A UN SISTEMA DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA, SI PRESENTA:**

- 11a) Una fracción de eyección de VE izquierdo >25% y un consumo pico de O<sub>2</sub> > 12 ml/kg/min.
- 11b) Presencia de disfunción derecha junto con insuficiencia tricuspídea severa.
- 11c) Menos de tres hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca, en los últimos 12 meses, sin causa desencadenante.
- 11d) Dependencia de inotrópicos.

**12 EN RELACIÓN AL SACUBITRIL/VALSARTAN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FUNCIÓN SISTÓLICA REDUCIDA, ¿CUÁL ES LA RESPUESTA CORRECTA?**

- 12a) Ha demostrado disminuir la mortalidad añadido al tratamiento con IIECA, betabloqueante y antialdosterónico.
- 12b) Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el IECA, en pacientes bajo betabloqueante y antialdosterónico.
- 12c) Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el antialdosterónico en pacientes bajo IECA y betabloqueante.
- 12d) Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el betabloqueante en pacientes bajo IECA y antialdosterónico.

**13 EN RELACIÓN A LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS**

- 13a) Los obesos suelen tener los niveles más elevados que la población general.
- 13b) El valor predictivo positivo en situación aguda es superior al valor predictivo negativo.
- 13c) Los pacientes ancianos pueden presentar valores falsamente bajos.
- 13d) El punto de corte en situación aguda es más alta que en el paciente crónico.

**14 EN UNA PACIENTE CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR ASINTOMÁTICA Y SIN OTROS ANTECEDENTES DE INTERÉS, SEÑALE LA CORRECTA.**

- 14a) Deben administrarse IECAS y betabloqueantes para disminuir la mortalidad.
- 14b) Deben administrarse betabloqueantes para disminuir la mortalidad.
- 14c) Deben administrarse IECAS para retrasar la aparición de insuficiencia cardiaca.
- 14d) Debe administrarse empaglifocina para retrasar la aparición de insuficiencia cardiaca.

**15 EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CLASE FUNCIONAL II Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL 32% QUE RECIBE TRATAMIENTO ÓPTIMO, PENSARÍA EN TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA, SI:**

- 15a) Está en ritmo sinusal y presenta un bloqueo de rama izquierda con un QRS de 128 ms.
- 15b) Está en fibrilación auricular y presenta un bloqueo de rama izquierda con un QRS de 138 ms
- 15c) Está en ritmo sinusal y presenta un bloqueo de rama derecha con un QRS de 155 ms.
- 15d) Está en fibrilación auricular y presenta un bloqueo de rama izquierda con un QRS de 145 ms.

- 16 RESPECTO AL TRATAMIENTO DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA, ES CIERTO QUE:**
- 16a) La ventilación servoadaptativa puede mejorar el pronóstico en los pacientes con apnea del sueño de origen central.
  - 16b) Las glitazonas son un fármaco particularmente adecuado para el control de la diabetes mellitus.
  - 16c) El alopurinol está contraindicado en estos pacientes por aumentar la retención hídrica.
  - 16d) El tratamiento con hierro-desoximaltosa debe considerarse en pacientes sintomáticos con deficiencia de hierro.
- 17 SON SIGNOS TÍPICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA TODOS LOS SIGUIENTES, EXCEPTO:**
- 17a) Ingurgitación yugular.
  - 17b) Respiración de Cheyne-Stokes.
  - 17c) Galope por tercer ruido.
  - 17d) Elevación de la presión diferencial.
- 18 ¿QUÉ AFIRMACIÓN ES CIERTA, EN UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA ?**
- 18a) La fracción de eyección del ventrículo izquierdo está entre 40 y 49%.
  - 18b) Los ARA-II son los fármacos que han demostrado más impacto en la mortalidad.
  - 18c) Los péptidos natriuréticos no se suelen elevar.
  - 18d) Los diuréticos mejoran los síntomas de forma similar a los pacientes con fracción de eyección reducida.
- 19 EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FUNCIÓN VENTRICULAR SISTÓLICA REDUCIDA, EN CLASE FUNCIONAL II, QUE PRESENTA FIBRILACIÓN AURICULAR, ¿QUÉ FÁRMACO ES DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA?**
- 19a) Betabloqueantes.
  - 19b) Digoxina.
  - 19c) Diltiazem.
  - 19d) Dronedarona.
- 20 EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL VASCULAR DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO, ASINTOMÁTICA, SEÑALE LA CORRECTA:**
- 20a) No está indicado el tratamiento antiagregante, si no hay otra razón.
  - 20b) Está indicado el tratamiento con aspirina 100 mg/24h indefinidamente.
  - 20c) Está indicado el tratamiento con clopidogrel 75 mg/24h indefinidamente.
  - 20d) Está indicada la doble antiagregación con aspirina y clopidogrel indefinidamente.



**21 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA, EN RELACIÓN AL DERRAME PERICÁRDICO.**

- 21a) El taponamiento y la sospecha de etiología neoplásica o bacteriana son indicaciones de pericardiocentesis.
- 21b) Si existe elevación de marcadores de inflamación sistémica la etiología más probable es la pericarditis, por lo que está indicado iniciar tratamiento antiinflamatorio empírico con AINES y colchicina.
- 21c) En menos del 10% de los casos el derrame pericárdico se asocia a patologías médicas preexistentes, como el hipotiroidismo o la artritis reumatoide.
- 21d) En los casos de derrame pericárdico severo (más de 20 mm) de larga duración (>3 meses) y etiología desconocida hay que considerar pericardiocentesis.

**22 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO ESPERARÍA ENCONTRAR EN UN PACIENTE CON PERICARDITIS CONSTRICTIVA?**

- 22a) Onda E' septal < 8 cm/seg en el doppler tisular.
- 22b) Calcificación pericárdica en la radiografía o el TAC.
- 22c) Signo de Kussmaul.
- 22d) Variación respiratoria del flujo transmitral (pico de velocidad de la onda E) > 25%.

**23 SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA EN RELACIÓN A LA PERICARDITIS VÍRICA:**

- 23a) La serología de virus cardiotropos es una de las herramientas más útiles para el diagnóstico.
- 23b) Se recomienda evitar el tratamiento con corticosteroides.
- 23c) Dada su mala tolerancia gastrointestinal, la colchicina está indicada solamente en los casos de pericarditis incesante o recurrente.
- 23d) Los virus cardiotropos producen pericarditis por mecanismos inmunomediados por células B y T, no por efecto citotóxico directo.

**24 EL EMBARAZO ESTÁ CONTRAINDICADO, SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, EN TODAS LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS EXCEPTO EN UNA. SEÑÁLELA.**

- 24a) Hipertensión pulmonar severa de cualquier causa.
- 24b) Estenosis mitral o aórtica severa sintomática.
- 24c) Tetralogía de Fallot reparada.
- 24d) Disfunción ventricular ligera secundaria a episodio previo de miocardiopatía periparto.

**25 LAS FLUOROPIRIMIDINAS COMO EL 5-FLUORACILO (5-FU), USADAS COMO PARTE DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DE NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES, SE ASOCIAN EN HASTA EL 18% DE LOS CASOS CON UNA DE LAS SIGUIENTES TOXICIDADES CARDIOVASCULARES:**

- 25a) Enfermedad coronaria.
- 25b) Insuficiencia cardíaca.
- 25c) Hipertensión pulmonar.
- 25d) Valvulopatías.



**26 PARA EVITAR EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS SE RECOMIENDAN TODOS LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA, EXCEPTO UNO. SEÑÁLELO.**

- 26a) Practicar ejercicio físico de intensidad moderada-alta durante al menos 150 minutos a la semana.
- 26b) Incrementar la ingesta de fibra alimentaria a más de 40 gramos al día.
- 26c) Disminuir la ingesta de grasa hasta menos del 35% de la energía diaria, incluyendo más del 10% de ácidos grasos monoinsaturados.
- 26d) Añadir, a la dieta, suplementos dietéticos de vitaminas y micronutrientes con efecto antioxidante como vitamina E, vitamina C y carotenos, hasta unos 30 gramos al día.

**27 EN RELACIÓN CON EL PULSO VENOSO YUGULAR**

- 27a) La presencia de onda a prominente (“en cañón”) durante una taquicardia de QRS ancho identifica inequívocamente el ritmo como de origen ventricular.
- 27b) La onda v representa el llenado ventricular y es visible justo después del primer ruido.
- 27c) El descenso de 3 o más mmHg de presión venosa yugular con la inspiración se denomina signo de Kussmaul.
- 27d) La presencia de reflujo hepatoyugular no puede correlacionarse de modo alguno con la presión de enclavamiento pulmonar.

**28 VISITA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE PUEDE REALIZAR HASTA EL FINAL UNA ACTIVIDAD QUE REQUIERE ENTRE 5 Y 7 EQUIVALENTES METABÓLICOS (METS), COMO POR EJEMPLO QUITAR HIERBAS DEL JARDÍN, PERO NO UNA QUE REQUIERE ENTRE 7 Y 9 METS, COMO POR EJEMPLO CAVAR CON UNA PALA, ¿EN QUÉ CLASE FUNCIONAL DE LA NYHA (NEW YORK HEART ASSOCIATION) ESTÁ?**

- 28a) En clase funcional I.
- 28b) En clase funcional II.
- 28c) En clase funcional III.
- 28d) En clase funcional IV.

**29 TODAS LAS SIGUIENTES LESIONES CUTÁNEAS SON TÍPICAS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA MENOS UNA. SEÑÁLELA.**

- 29a) Hemorragias no sensibles elevadas en palmas y plantas (lesiones de Janeway),
- 29b) Nódulos sensibles y elevados en los pulpejos de los dedos (nódulos de Osler).
- 29c) Petequias lineales en el centro del lecho ungueal (hemorragias en astilla).
- 29d) Máculas violáceas y pápulas sobre las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas (pápulas de Gottron).

**30 MARQUE LA OPCIÓN QUE RELACIONA CORRECTAMENTE EL TIPO DE PULSO ARTERIAL Y LA ENFERMEDAD QUE LO OCASIONA.**

- 30a) Pulso paradójico - Insuficiencia aórtica severa.
- 30b) Pulso débil y tardío (*parvus et tardus*) - Miocardiopatía hipertrófica.
- 30c) Pulso alternante - Insuficiencia cardiaca grave.
- 30d) Pulso en martillo de agua - Estenosis mitral severa.

**31 SEÑALE LA FALSA RESPECTO AL COMPLEJO QRS EN LAS DERIVACIONES PRECORDIALES DE ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL:**

- 31a) En las derivaciones V1-V2 la activación de la pared libre del ventrículo izquierdo genera ondas S tras ondas r iniciales producidas por la activación septal, generando un trazado rS.
- 31b) En las derivaciones V3-V4 el trazado refleja el frente de activación en la pared libre ventricular, que primero se aleja de los electrodos y después se desplaza a la izquierda y anterior, generando complejos rS o RS.
- 31c) En las derivaciones V5-V6 el trazado muestra una onda q septal, que produce un complejo qRS o qR.
- 31d) En las derivaciones precordiales (V1-V6) a medida que el electrodo se desplaza más a la izquierda la R se hace más dominante y la S más pequeña por el mayor periodo de tiempo en el que el frente de activación se mueve hacia el extremo positivo del electrodo.

**32 RESPECTO A LA PRUEBA DE ESFUERZO:**

- 32a) La sensibilidad global se sitúa en torno al 30%.
- 32b) El descenso de ST durante el ejercicio es más frecuente cuando la arteria afectada es la coronaria derecha, seguida de la descendente anterior y finalmente la circunfleja.
- 32c) Los resultados falsos negativos son especialmente frecuentes en pacientes asintomáticos con probabilidad pretest baja.
- 32d) Las derivaciones V4-V6 aportan el 80% de la información diagnóstica sobre la depresión del segmento ST inducida por el esfuerzo.

**33 MARQUE LA RESPUESTA FALSA EN RELACIÓN A LA FIEBRE REUMÁTICA.**

- 33a) Es un trastorno autoinmune relacionado con la faringitis estreptocócica.
- 33b) La manifestaciones clínicas más típicas son artritis, corea y carditis.
- 33c) El tratamiento de primera elección son las cefalosporinas (cefotaxima y ceftriaxona).
- 33d) La forma de afectación cardiaca más típica es la valvulitis mitral.

**34 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES SUGIERE SÍNCOPE CARDIOGÉNICO DE ALTO RIESGO?**

- 34a) Síncope de esfuerzo.
- 34b) Síncope durante la ingesta.
- 34c) Síncope en bipedestación.
- 34d) Síncope post-prandial.

**35 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES SE CONSIDERA MENOS APROPIADA EN UN PACIENTE CON SÍNCOPE INEXPLICADO, BLOQUEO BIFASCICULAR EN EL ECG Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DEL 40%?:**

- 35a) Implante directo de marcapasos.
- 35b) Monitorización electrocardiográfica durante 48 horas. Si se documenta bloqueo aurículo-ventricular completo paroxístico, implante de marcapasos.
- 35c) Estudio electrofisiológico. Si resulta negativo, holter implantable.
- 35d) Monitorización electrocardiográfica durante 48 horas. Si es normal, holter implantable.





**36 EN RELACIÓN A LA ANATOMÍA CORONARIA, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA.**

- 36a) Es excepcional que la arteria descendente anterior alcance la cara diafragmática.
- 36b) La arteria circunfleja transcurre por el surco auriculoventricular posterior.
- 36c) La arteria coronaria derecha es dominante en una cuarta parte de los pacientes.
- 36d) La arteria del cono suele ser la primera rama de la arteria circunfleja cuando esta es dominante.

**37 NO ES CIERTO, EN RELACIÓN CON EL NÓDULO SINUSAL, QUE:**

- 37a) Se encuentra a menos de 1 mm de la superficie epicárdica.
- 37b) Su localización es lateral al surco terminal auricular derecho junto la entrada de la vena cava inferior.
- 37c) Es irrigado en más del 60% de los casos por la arteria coronaria derecha.
- 37d) Mide entre 10 y 20 mm de largo.

**38 LA TOMOGAMMAGRAFIA CARDÍACA DE PERFUSIÓN PERMITE:**

- 38a) Identificar áreas de isquemia si existe hipercaptación en ejercicio e hipocaptación en reposo.
- 38b) Identificar infartos subendocárdicos con precisión.
- 38c) Diferenciar entre miocardio necrótico y miocardio hibernado.
- 38d) Cuantificar la severidad de las lesiones coronarias.

**39 LA INDICACIÓN MENOS APROPIADA DE UNA CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA ES:**

- 39a) Determinar la viabilidad miocárdica antes de la revascularización.
- 39b) Evaluar una masa cardíaca.
- 39c) Cuantificar la función sistólica del ventrículo izquierdo post IAM.
- 39d) Evaluar la permeabilidad de un injerto de safena.

**40 EL CATÉTER DE SWAN-GANZ NO PERMITE LA DETERMINACIÓN DIRECTA DE:**

- 40a) Las resistencias vasculares sistémicas.
- 40b) El gasto cardíaco.
- 40c) La presión auricular derecha.
- 40d) La presión de enclavamiento.

**41 ¿CUAL ES LA COMPLICACIÓN MENOS FRECUENTE DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA?**

- 41a) Alergia al medio de contraste.
- 41b) Arritmias.
- 41c) Accidente cerebrovascular.
- 41d) Infección del punto de punción.

**42 LA FASE IV DE EVALUACIÓN DE NUEVOS TRATAMIENTOS CORRESPONDE A:**

- 42a) La farmacovigilancia post comercialización.
- 42b) Los ensayos comparando el nuevo fármaco con el de referencia.
- 42c) Los ensayos en animales de experimentación.
- 42d) Los estudios de seguridad tras la primera administración del fármaco.

**43 EN RELACIÓN A LOS FÁRMACOS ANTIARRÍTMICOS SEÑALE LA CORRECTA:**

- 43a) Los betabloqueantes disminuyen la pendiente de la fase 0 del potencial de acción de los miocitos cardíacos.
- 43b) Los antiarrítmicos del grupo IC son los que más reducen la duración del potencial de acción transmembrana.
- 43c) Los antiarrítmicos del grupo III acortan la repolarización.
- 43d) Los antiarrítmicos del grupo IV actúan predominantemente sobre los canales de potasio.

**44 RESPECTO A LA INTOXICACIÓN DIGITÁLICA:**

- 44a) El síntoma más precoz es la alteración en la percepción de los colores.
- 44b) Las taquiarritmias típicas son la taquicardia auricular bloqueada, de la unión y ventricular fascicular.
- 44c) La fenitoína y lidocaína están contraindicadas en el tratamiento de las taquiarritmias de la intoxicación digitálica.
- 44d) Los anticuerpos antidigoxina se reservan para los casos leves.

**45 NO ES CIERTO, EN RELACIÓN A LAS ESTATINAS:**

- 45a) Inhiben la enzima Hidroxi-Metil-Glutaril-Coenzima A- reductasa.
- 45b) Incrementan el colesterol HDL y reducen el colesterol LDL
- 45c) Un 10% de los pacientes suspenden el tratamiento por elevación de transaminasas o miositis.
- 45d) El zumo de pomelo aumenta sus concentraciones plasmáticas.

**46 ¿CUÁL DE ESTAS PAREJAS FÁRMACO-EFECTO ADVERSO ES FALSA?**

- 46a) Dronedarona - Hepatitis.
- 46b) Antagonistas de los receptores de angiotensina II - Hiperpotasemia.
- 46c) Eplerenona - Ginecomastia.
- 46d) Furosemida - Ototoxicidad

**47 LE CONSULTA UN PACIENTE DE 42 AÑOS, QUE PRESENTÓ DOS SEMANAS ANTES PALPITACIONES QUE RESULTARON SER UNA TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA, PROCEDENTE DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO. ¿CUAL ES LA CONDUCTA MÁS ADECUADA?**

- 47a) Le recomendaría un estudio electrofisiológico, ya que la ablación es muy eficaz en este tipo de taquicardias.
- 47b) Le recomendaría tratamiento médico con amiodarona y actuaría en función de la evolución.
- 47c) Solo indicaría tratamiento específico en caso de presentar disfunción ventricular izquierda.
- 47d) La primera medida sería descartar una displasia arritmogénica de ventrículo derecho por resonancia magnética.

**48 EN UNA PACIENTE DE 60 AÑOS CON UNA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL 45% EN CLASE FUNCIONAL UNO QUE PRESENTA EN UN HOLTER TAQUICARDIAS VENTRICULARES NO SOSTENIDAS, ¿CUÁL ES LA CONDUCTA MÁS ADECUADA?**

- 48a) Le implantaría un DAI como prevención primaria de muerte súbita.
- 48b) Le iniciaría tratamiento con amiodarona.
- 48c) Le iniciaría tratamiento con flecainida.
- 48d) Le realizaría un estudio electrofisiológico, si el ECG sugiere un mecanismo rama-rama.

**49 SEÑALE LA CORRECTA CON RESPECTO A LA DESFIBRILACIÓN PÚBLICA:**

- 49a) No ha demostrado su eficacia de forma controlada mejorando el pronóstico tras una muerte súbita.
- 49b) Se recomienda, si se ha entrenado antes a la población en reanimación cardiopulmonar.
- 49c) Su utilidad se circunscribe a zonas remotas o donde no llegue una ambulancia.
- 49d) Es particularmente útil en aviones, cruceros y trenes.

**50 ANTE UNA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA POR UNA FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRESENCIADA:**

- 50a) Administraré hasta tres desfibrilaciones antes de proceder a cualquier otra cosa.
- 50b) Procederé a reanimación cardiopulmonar para aumentar la probabilidad de éxito de la desfibrilación.
- 50c) Iniciaré secuencia rápida de intubación para garantizar la vía aérea.
- 50d) Administraré midazolam y procederé a desfibrilación.

**51 SEÑALE LA FALSA EN RELACIÓN AL CONTROL DE LA FRECUENCIA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR:**

- 51a) En pacientes con FEVI  $\geq 40\%$ , es seguro el tratamiento con betabloqueantes, digoxina, diltiazem y verapamilo.
- 51b) El objetivo inicial es conseguir una frecuencia cardiaca en reposo inferior a 110 latidos por minuto.
- 51c) En pacientes con fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca y FEVI  $> 40\%$  los betabloqueantes han demostrado beneficio pronóstico frente a digoxina.
- 51d) En pacientes con FEVI  $< 40\%$  en los que no se consigue control adecuado de la frecuencia cardiaca con betabloqueantes, se recomienda añadir digoxina.

**52 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA, EN RELACIÓN A LA CARディオVERSIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) ?**

- 52a) Se recomienda un mínimo de tres semanas de anticoagulación correcta antes de proceder a cardioversión.
- 52b) Se puede realizar con seguridad la cardioversión en un paciente no anticoagulado si la FA ha debutado en las 72 horas previas.
- 52c) En pacientes con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc cero se recomienda mantener la anticoagulación durante un mes post cardioversión.
- 52d) Si el ecocardiograma transesofágico (ETE) pre cardioversión muestra trombo intraauricular, se recomienda mantener la anticoagulación durante tres semanas más y repetir nuevamente el ETE antes de cardiovertir.

**53 ¿QUÉ FÁRMACO ELEGIRÍA PARA EL CONTROL DEL RITMO EN UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, DISFUNCIÓN VENTRICULAR MODERADA E INSUFICIENCIA CARDIACA (CLASE FUNCIONAL III DE LA NYHA) TRAS CARディオVERSIÓN EFECTIVA DE FIBRILACIÓN AURICULAR?**

- 53a) Bisoprolol.
- 53b) Dronedarona.
- 53c) Amiodarona.
- 53d) Sotalol.

**54 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FENÓMENOS NO FORMA PARTE DE LA FISIOPATOLOGÍA DE LA ATROSCLEROSIS CORONARIA?**

- 54a) Acumulación de lipoproteínas en la capa íntima arterial.
- 54b) Adherencia e infiltración de leucocitos en la capa íntima arterial.
- 54c) Emigración de células musculares lisas de la capa media a la íntima arterial.
- 54d) Activación de la vía intrínseca de la coagulación (factores VIII a XII de Leyden) en la capa media arterial.

**55 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA EN RELACIÓN AL TABAQUISMO:**

- 55a) El consumo de 20 o más cigarrillos al día duplica o triplica el riesgo de cardiopatía isquémica.
- 55b) El abandono del hábito tabáquico constituye la intervención aislada más importante en cardiología preventiva.
- 55c) La “paradoja del fumador” (mejor pronóstico de los pacientes fumadores tras la reperfusión en cardiopatía isquémica) se debe al mayor desarrollo de circulación colateral.
- 55d) La reducción del riesgo relativo asociada al abandono del hábito tabáquico es similar a la conseguida por los antiagregantes, las estatinas o los betabloqueantes.

**56 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES NO ESTÁ INCLUIDA EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA?**

- 56a) Elección de la estrategia óptima de revascularización.
- 56b) Apoyo psicológico.
- 56c) Asesoramiento dietético y nutricional.
- 56d) Educación en la enfermedad.

**57 TODOS LOS SIGUIENTES FACTORES, MENOS UNO, AUMENTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA. SEÑÁLELO:**

- 57a) El uso de la polipíldora.
- 57b) El uso de fármacos más baratos.
- 57c) El peor pronóstico de la enfermedad de base.
- 57d) El asesoramiento por parte de enfermería y/o farmacéuticos.

**58 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES DATOS ECOCARDIOGRÁFICOS SUGIERE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA?**

- 58a) Velocidad pico de regurgitación tricuspídea de 2.2 m/seg.
- 58b) Diámetro de la arteria pulmonar de 30 mm.
- 58c) Vena cava inferior de 18 mm de diámetro con colapso inspiratorio del 60%.
- 58d) Ratio del diámetro basal del ventrículo derecho/ventrículo izquierdo de 0.7.



**59 SEÑALA LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO LA DECISIÓN SOBRE LA ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN EN EL SCAEST EN LAS PRIMERAS 12 H TRAS EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS**

- 59a) Inmediatamente después de establecer el diagnóstico de SCAEST, se debe de estimar el tiempo que tardaría una reperfusión mediante ICP primaria definido como el momento del implante de stent en la lesión responsable.
- 59b) Si se calcula paso de guía es > 120 min, se debe administrar fibrinólisis lo antes posible (objetivo, < 30 min).
- 59c) Si se estima que se puede estar cruzando la lesión con la guía en menos de 120 min, se recomienda una estrategia de ICP primaria, incluso para pacientes que se presentan muy precozmente en el curso del infarto.
- 59d) En las primera 2 horas, el tiempo de paso de guía debe ser menor de 60 minutos

**60 ¿RESPECTO A LA FIBRINOLISIS EN EL SCAEST, CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA?**

- 60a) En los casos en que se realice fibrinólisis, debe realizarse en menos de 10 min tras el diagnóstico de SCAEST y debe derivarse de inmediato al paciente a un centro con ICP primaria.
- 60b) Si pasados 60-90 min desde el bolo de fibrinolítico no hay criterios de reperfusión, se debe realizar inmediatamente una ICP de rescate.
- 60c) En caso de que haya criterios de reperfusión, está indicado realizar una coronariografía (e ICP del vaso responsable si procede) entre 2 y 24 h tras el fibrinolítico
- 60d) Existe una nueva recomendación que indica reducir a un tercio la dosis de tenecteplasa de los pacientes de edad ≥ 75 años basándose en los resultados del ensayo STREAM

**61 RESPECTO A LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA, ¿CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA?**

- 61a) En general, se recomienda el acceso por vía radial (clase IA).
- 61b) En general, se recomienda el implante de stent farmacoactivo de nueva generación (clase IA).
- 61c) En general, se recomienda la tromboaspiración sistemática durante la angioplastia primaria (clase IA).
- 61d) Según los resultados de 4 ensayos clínicos, se propone considerar la realización de ICP en las arterias no responsables antes del alta hospitalaria (clase IIa A).

**62 EN PACIENTES SOMETIDOS A ICP PRIMARIA Y QUE ESTÁN BAJO ANTICOAGULACIÓN ORAL, ¿CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA?**

- 62a) Se prefiere con ICP primaria evitando la fibrinólisis por el riesgo hemorrágico.
- 62b) Se debe administrar anticoagulación parenteral independientemente de la última dosis de anticoagulante oral.
- 62c) Se debe priorizar el uso de ácido acetilsalicílico y clopidogrel como antiagregantes (evitando el prasugrel, el ticagrelor y los inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa).
- 62d) Debe intentarse mantener la triple terapia antitrombótica (que combina anticoagulantes orales, aspirina y clopidogrel) durante 12 meses.

**63 ¿QUÉ PACIENTES SE BENEFICIAN DEL USO RUTINARIO DE OXIGENOTERAPIA EN IAMEST SEGÚN LAS ÚLTIMAS GUÍAS EUROPEAS?**

- 63a) Aquellos con saturación de oxígeno inferior a 95%
- 63b) Aquellos con presión parcial de oxígeno inferior a 80 mmHg.
- 63c) Aquellos con disnea.
- 63d) Aquellos con saturación de oxígeno inferior a 90%.

**64 EN RELACIÓN CON LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES, RESPECTO A LAS CONVENCIONALES, SEÑALE LA FALSA:**

- 64a) Tienen un valor predictivo positivo superior para el diagnóstico de IAM.
- 64b) Disminuyen el periodo “ciego” entre los síntomas y la positividad del test.
- 64c) Aumentan al doble los diagnósticos de infarto de miocardio tipo II.
- 64d) Aumenta un 20% el diagnóstico de infartos de miocardio de tipo I.

**65 EN UN PACIENTE QUE SE PRESENTA A URGENCIAS TRAS HABER SUFRIDO UN EPISODIO DE DOLOR TORÁCICO 7 HORAS ANTES, QUE PRESENTA UN ECG NORMAL Y LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES SON NEGATIVAS, SEÑALE LA CORRECTA:**

- 65a) Si el paciente está sin dolor y tras descartar otras causas no cardíacas, el paciente puede darse de alta.
- 65b) Si el paciente está sin dolor y tras descartar otras causas no cardíacas, debe repetirse tras una hora la troponina para descartar síndrome coronario agudo.
- 65c) Si el paciente está sin dolor y tras descartar otras causas no cardíacas, debe repetirse, tras tres horas, la troponina para descartar síndrome coronario agudo.
- 65d) Es recomendable un TAC coronario antes del alta para descartar un síndrome coronario agudo.

**66 RESPECTO A LA ANTICOAGULACIÓN DE UN SCASEST NO ES CIERTO QUE:**

- 66a) EL fondaparinux tiene el mejor perfil de eficacia y seguridad.
- 66b) La enoxaparina o la heparina no fraccionada son alternativas si el fondaparinux no está disponible.
- 66c) En caso estarse administrando heparina sódica, es recomendable, si se dispone, cambiar a heparina de bajo peso molecular.
- 66d) La bivalirudina no está indicada actualmente en el SCASEST.

**67 EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ESTADIO IV (CICr=16 ml/min) QUE PRESENTA UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:**

- 67a) La coronariografía, en general, está contraindicada por el riesgo de nefropatía por contraste.
- 67b) EL anticoagulante de elección, en este paciente, sería la heparina no fraccionada.
- 67c) Se debe dar preferencia a los stents metálicos, por el incremento de trombosis aguda del stent.
- 67d) El incremento del riesgo hemorrágico contraindica en uso de inhibidores del P2Y.

**68 EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN CARDIOLÓGICA PREVIA A UNA CIRUGÍA NO CARDIACA, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA.**

- 68a) Se recomienda la determinación ambulatoria previa de troponinas cardíacas, si la cirugía es de alto riesgo.
- 68b) Se recomienda un electrocardiograma, independientemente del riesgo del paciente y la cirugía.
- 68c) Se recomienda revascularizar preventivamente a los pacientes con enfermedad coronaria, independientemente del tipo de cirugía.
- 68d) Se recomienda una prueba de esfuerzo con imagen, en pacientes con diabetes e insuficiencia renal, ante una cirugía de alto riesgo.

**69 EN UN PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A UNA ESOFAGUECTOMÍA:**

- 69a) Si presenta extrasístoles ventriculares, está indicada profilaxis con antiarrítmicos.
- 69b) En pacientes con bloqueo trifascicular, está indicado un electrocatéter provisional.
- 69c) Es recomendable parar los fármacos antiarrítmicos antes de la cirugía.
- 69d) La indicación de marcapaso temporal perioperatorio es similar, en general, a la de un marcapaso definitivo.

**70 EN RELACIÓN A LA HIPERTROFIA LIPOMATOSA BENIGNA DEL SEPTUM INTERAURICULAR, NO ES CIERTO QUE:**

- 70a) Es la segunda causa de tumor cardíaco primario
- 70b) La mayoría son asintomáticos y se diagnostican por casualidad.
- 70c) Al contrario que en el lipoma, suelen ser masas múltiples encapsuladas.
- 70d) En su mayoría, no requieren tratamiento específico.

**71 EN UNA PACIENTE DE 76 AÑOS CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA Y DOBLE LESIÓN MITRAL LIGERA, QUE PRESENTA FIBRILACIÓN AURICULAR, EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES NO ANTAGONISTAS DE VITAMINA K (NACOS):**

- 71a) Está contraindicado, dada la valvulopatía severa.
- 71b) Es una alternativa adecuada para prevención de embolismos sistémicos.
- 71c) Sería una alternativa, sólo si la estenosis mitral fuera al menos moderada.
- 71d) En caso de cirugía valvular aórtica por bioprótesis, serían una buena alternativa como anticoagulación desde el postoperatorio.

**72 LA INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA TIENE INDICACIÓN QUIRÚRGICA:**

- 72a) Siempre que es severa es necesario operar por el riesgo de deterioro de la función ventricular.
- 72b) Si el paciente tiene síndrome de Marfan y una raíz aórtica y una raíz aórtica de diámetro > 50 mm.
- 72c) Si el paciente presenta FE > 50% y diámetro telediastólico < 70 mm.
- 72d) Si el paciente presenta FE >50% y diámetro telesistólico < 50 mm.

**73 ¿QUÉ ENFERMEDAD DE BASE ESPERARÍA ENCONTRAR EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA Y EL SIGUIENTE CATETERISMO DERECHO: PAPm (PRESIÓN ARTERIAL MEDIA) 33 mmHg, PEP (PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO PULMONAR) 27 mmHg, GTPd (GRADIENTE TRANSPULMONAR DIASTÓLICO) 6 mmHg y RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR 2 mmHG?**

- 73a) Enfermedad pulmonar venooclusiva.
- 73b) Enfermedad intersticial pulmonar.
- 73c) Estenosis mitral severa.
- 73d) Enfermedad pulmonar tromboembólica.

## 74 EN RELACIÓN A LA SEVERIDAD DE LA ESTENOSIS AÓRTICA ES CIERTO QUE

- 74a) Si el gradiente medio es igual o superior a 40 mmHg, no es necesario calcular el área valvular aórtica.
- 74b) Si, con bajo gradientes ( $< 40$  mmHg) el área valvular aórtica es  $> 1$  cm<sup>2</sup>, la probabilidad de que la estenosis sea severa es alta.
- 74c) Si el paciente tiene una velocidad máxima inferior a 4 m/s, no es necesario calcular el volumen latido indexado.
- 74d) La ecocardiografía con dobutamina se reserva para los pacientes con función ventricular izquierda superior al 50%.

## 75 UN PACIENTE ASINTOMÁTICO Y CON BUENA FUNCIÓN VENTRICULAR QUE PRESENTA UNA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CON UNA VELOCIDAD TRANSVALVULAR DE 5.7 M/S:

- 75a) No tiene indicación quirúrgica actualmente.
- 75b) Tiene indicación quirúrgica, si en una prueba de esfuerzo se obtiene respuesta hipertensiva.
- 75c) Tiene indicación quirúrgica, si tiene un Euroscore II  $< 4\%$ .
- 75d) Tiene indicación quirúrgica, si no presenta hipertensión pulmonar.

## 76 SON FACTORES QUE FAVORECEN LA DECISIÓN DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA RESPECTO A SUBSTITUCIÓN QUIRÚRGICA TODAS LAS RESPUESTAS SIGUIENTES, EXCEPTO:

- 76a) Euroscore II  $> 4\%$
- 76b) Cirugía cardíaca previa.
- 76c) Aorta en porcelana.
- 76d) Distancia pequeña entre el anillo aórtico y los ostia coronarios.

## 77 EN LA INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA PRIMARIA, SE ESTABLECE LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA, SI:

- 77a) El paciente está asintomático pero presenta FE  $< 30\%$ .
- 77b) El paciente está asintomático pero tiene un diámetro telediastólico  $> 55$  mm.
- 77c) El paciente está asintomático pero tiene una presión pulmonar sistólica  $> 40$  mmHg.
- 77d) El paciente está asintomático pero ha presentado fibrilación auricular.

## 78 SON CONTRAINDICACIONES PARA LA COMISUROTOMÍA MITRAL PERCUTÁNEA, TODAS LAS SIGUIENTES, EXCEPTO:

- 78a) Área mitral  $> 1.5$  cm<sup>2</sup>
- 78b) Insuficiencia mitral moderada.
- 78c) Fusión comisural.
- 78d) Trombo auricular izquierdo.

## 79 APOYA LA DECISIÓN DE IMPLANTAR UNA VÁLVULA CARDIACA MECÁNICA:

- 79a) La dificultad de conseguir anticoagulación eficaz.
- 79b) El padecer hiperparatiroidismo.
- 79c) El deseo de quedarse embarazada.
- 79d) Una edad superior a 70 años.



**80 EN UN TRAUMATISMO CARDIACO CERRADO, NO ES CIERTO QUE:**

- 80a) La determinación de marcadores de necrosis es importante para establecer el diagnóstico y el pronóstico.
- 80b) Las lesiones valvulares pueden aparecer precoz o tardíamente.
- 80c) La reanimación cardiopulmonar es una de las principales causas.
- 80d) La rotura pericárdica puede acompañarse de herniación cardiaca a pleura o peritoneo.

**81 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE UN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SE ASOCIA A UNA MAYOR MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A LOS 30 DÍAS?**

- 81a) Presión arterial sistólica < 90 mmHg.
- 81b) Saturación de oxígeno < 90%.
- 81c) Frecuencia respiratoria > 30 rpm.
- 81d) Temperatura corporal < 36°C.

**82 EN RELACIÓN A LA DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO A DE STANDFORD, ES CIERTO QUE:**

- 82a) El principal factor de riesgo para sufrirla es la presencia de aterosclerosis aórtica.
- 82b) La asimetría de pulsos es uno de los hallazgos más frecuentes en la exploración física, detectándose en más del 70% de los casos.
- 82c) El dímero D es especialmente útil en el diagnóstico diferencial con el tromboembolismo pulmonar.
- 82d) El tratamiento quirúrgico reduce la mortalidad a un mes del 90 al 30%.

**83 EN UN PACIENTE HIPERTENSO ASINTOMÁTICO EN EL QUE SE DETECTA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y ATROSCLEROSIS DURANTE EL ESTUDIO DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA, ¿QUÉ GRUPO DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS ES EL DE PRIMERA ELECCIÓN?**

- 83a) Betabloqueantes.
- 83b) Nitratos.
- 83c) IECAs.
- 83d) Diuréticos.

**84 TODOS LOS SIGUIENTES DATOS, EXCEPTO UNO, OBLIGAN A DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA. SEÑALE LA RESPUESTA QUE CONTIENE LA EXCEPCIÓN.**

- 84a) Uso de anticonceptivos orales.
- 84b) Presencia de fibrilación auricular paroxística.
- 84c) Historia de infecciones urinarias de repetición.
- 84d) Episodios de sudoración, ansiedad, cefalea y palpitaciones.

**85 SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA RESPECTO A LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA (ANTES DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DEL VENTRÍCULO DERECHO):**

- 85a) Es una enfermedad genética de herencia habitualmente autosómica dominante debida a mutaciones en genes desmosómicos como placoglobina, desmoplaquina, placofilina y desmogleina.
- 85b) En pacientes con extrasístoles ventriculares frecuentes o episodios de taquicardia ventricular no sostenida se recomienda tratamiento con betabloqueantes o amiodarona.
- 85c) Las formas con afectación biventricular existen pero son muy infrecuentes (< 10% de los casos).
- 85d) Se recomienda evitar siempre el deporte de competición, también en pacientes asintomáticos.

**86 EN RELACIÓN A LA AMILOIDOSIS CARDIACA:**

- 86a) Se considera una forma de miocardiopatía hipertrófica.
- 86b) El pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca es similar, bajo tratamiento médico óptimo, al de pacientes con insuficiencia cardiaca de otras causas.
- 86c) La muerte súbita es una causa de muerte infrecuente (<5%).
- 86d) La amiloidosis por transtiretina puede ser hereditaria (debida a mutaciones) o senil ("wild type").

**87 LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREVIA A UN PROCEDIMIENTO ASOCIADO A RIESGO DE ENDOCARDITIS ESTÁ INDICADA EN TODOS LOS CASOS SIGUIENTES. MENOS EN UNO. SEÑALE ESE CASO.**

- 87a) Válvula aórtica bicúspide severamente estenótica.
- 87b) Prótesis mitral biológica.
- 87c) Implante valvular aórtico transcatóter.
- 87d) Episodio previo de endocarditis no operada.

**88 ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE ELECCIÓN EN UNA PACIENTE CON ENDOCARDITIS AGUDA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SOBRE VÁLVULA AÓRTICA NATIVA?**

- 88a) Cloxacilina, rifampicina y gentamicina.
- 88b) Amoxicilina y gentamicina.
- 88c) Ampicilina, cloxacilina y gentamicina.
- 88d) Ampicilina y ceftriaxona.

**89 HAY QUE CONSIDERAR EL CIERRE DE LOS DEFECTOS DEL SEPTO INTERAURICULAR EN TODOS LOS SIGUIENTES CASOS, MENOS EN UNO. SEÑALE ESE CASO:**

- 89a) Presencia de síndrome de Eisenmenger.
- 89b) Signos de sobrecarga del ventrículo derecho y resistencia vascular pulmonar < 5 UW.
- 89c) Sospecha de embolia paradójica.
- 89d) Resistencia vascular pulmonar > 5 UW pero menor de 2/3 de la resistencia vascular sistémica.



**90 TODAS LAS SIGUIENTES VARIABLES SON NECESARIAS PARA CALCULAR EL RIESGO DE REVASCULARIZACIÓN QUIRÚRGICA Y PERCUTÁNEA MEDIANTE EL EUROSCORE II Y EL SYNTAX SCORE II, MENOS UNA. SEÑÁLELA:**

- 90a) Función renal (creatinina o filtrado glomerular).
- 90b) Fracción de eyección.
- 90c) Situación clínica (necesidad de revascularización urgente o electiva).
- 90d) Enfermedad pulmonar crónica.

**91 ¿EN CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES NO ESTÁ INDICADA LA REVASCULARIZACIÓN POR PRONÓSTICO, EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE?**

- 91a) Hombre de 70 años con lesión en descendente anterior proximal del 85% con reserva fraccional de flujo (FFR) de 0.92.
- 91b) Mujer de 53 años diabética con enfermedad de dos vasos con isquemia demostrada y fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 37%.
- 91c) Mujer de 78 años con isquemia significativa del 14% del territorio del ventrículo izquierdo.
- 91d) Mujer de 66 años con enfermedad del tronco común del 50% con reserva fraccional de flujo de 0.70..

**92 EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GESTIÓN CLÍNICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS:**

- 92a) Está sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.
- 92b) Únicamente tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura y coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales.
- 92c) La participación en las Unidades de Gestión Clínica es obligatoria para todos los profesionales sanitarios del centro sanitario.
- 92d) Conllevará necesariamente la compensación económica que se pacte con el órgano de gobierno del centro sanitario

**93 EN RELACIÓN CON LA ADQUISICIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO, UNA VEZ SUPERADAS LAS PRUEBAS DE SELECCIÓN Y OBTENIDO EL NOMBRAMIENTO CONFERIDO POR EL ÓRGANO COMPETENTE, LA PERSONA SELECCIONADA:**

- 93a) Debe incorporarse a una plaza del servicio o centro que le corresponda en un plazo no superior a tres meses a contar desde el día siguiente al del nombramiento.
- 93b) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá, en todo caso, el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo.
- 93c) Con carácter previo a la incorporación deberá superar, en todo caso, un periodo de prueba.
- 93d) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo, salvo que la falta de incorporación no sea imputable a la persona interesada y obedezca a causas justificadas.

**94 EL NOMBRAMIENTO COMO PERSONAL DIRECTIVO DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS:**

- 94a) Únicamente puede recaer en personas que tengan la condición de personal estatutario fijo.
- 94b) Requiere el acuerdo previo del Consejo de Gobierno y su posterior publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.
- 94c) Requiere la previa convocatoria pública en la que deberán establecerse los requisitos necesarios de capacidad y experiencia profesional.
- 94d) Tiene una duración máxima de cuatro años, prorrogable por otros cuatro.

**95 EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**

- 95a) Tienen derecho a estar acompañados por familiares, así como al uso, con carácter general, de habitación individual para preservar su intimidad.
- 95b) Tienen derecho a dar su consentimiento para la intervención, cuando se trate de mayores de 14 años.
- 95c) Tienen derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital.
- 95d) Tienen derecho a disponer de un horario de visitas específico, en función de las peculiaridades de su hospitalización.

**96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**

- 96a) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar verbalmente ante tres testigos.
- 96b) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar por escrito ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
- 96c) Toda persona mayor de edad, y que no haya sido judicialmente incapacitada para ello, puede actuar como testigo para la formalización del documento de voluntades anticipadas.
- 96d) El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado, una vez hayan transcurrido, al menos, tres meses desde su otorgamiento.

**97 A LOS EFECTOS DE LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, SE CONSIDERA QUE LOS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS PLURIPERSONALES TIENEN UNA REPRESENTACIÓN EQUILIBRADA:**

- 97a) Cuando los dos sexos estén representados en un 50%.
- 97b) Cuando la Presidencia y la Vicepresidencia del órgano recaigan en personas de distinto sexo.
- 97c) Cuando los dos sexos estén representados por, al menos, 1/3 de las personas que lo integran.
- 97d) Cuando los dos sexos estén representados al menos al 40%.

**98 EL ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA:**

- 98a) Permite disminuir las desigualdades en salud.
- 98b) Requiere un consenso previo con las y los profesionales sanitarios.
- 98c) Requiere un análisis previo de la demanda de servicios y una reordenación de la atención primaria.
- 98d) Requiere desarrollar campañas para la concienciación a la sociedad acerca del uso de los recursos sanitarios.

**99 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:**

- 99a) El consumo excesivo de alcohol, tabaco, cannabis y policonsumo de drogas es más frecuente en hombres que en mujeres.
- 99b) El consumo de psicofármacos sin receta es más frecuente en mujeres que en hombres.
- 99c) El inicio de consumo de alcohol en Euskadi se produce, en términos generales, antes de los 14 años.
- 99d) El consumo de tabaco es mayor en los grupos sociales más desfavorecidos.

**100 DEL ANÁLISIS D.A.F.O. SOBRE EL MODELO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DIGA CUÁL DE ESTAS CONCLUSIONES ES CIERTA:**

- 100a) Existe un amplio consenso respecto del modelo de atención sociosanitaria y su coordinación interna.
- 100b) La actual financiación resulta suficiente pero necesita dotarse de mecanismos de coordinación interinstitucional.
- 100c) La implantación de la historia clínica y social compartida constituye el mayor logro de la coordinación sociosanitaria.
- 100d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

### PREGUNTAS RESERVA

**101 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO ES UN CRITERIO PRIMARIO DE ALTO RIESGO QUE INDICA MANEJO INVASIVO EN UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST?**

- 101a) Disfunción ventricular (FEVI < 40%).
- 101b) Puntuación > 140 en la escala de GRACE.
- 101c) Cambios dinámicos silentes del ST o la onda T.
- 101d) Curva de troponina positiva.

**102 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, NO HA DEMOSTRADO DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NEFROPATÍA POR CONTRASTE TRAS CORONARIOGRAFÍA:**

- 102a) El suero salino isotónico.
- 102b) Las estatinas a dosis altas.
- 102c) La N-Acetilcisteína.
- 102d) Limitar al máximo el volumen de líquido de contraste administrado.

**103 SE CONOCE, COMO DOLOR ANGINOSO TÍPICO, A AQUEL QUE CUMPLE TRES CONDICIONES. SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA, RESPECTO AL DOLOR ANGINOSO TÍPICO:**

- 103a) Dolor de localización subesternal.
- 103b) Dolor inicialmente poco intenso, que va aumentando lentamente, es máximo durante unos 15 minutos y disminuye de manera lenta y progresiva hasta desaparecer.
- 103c) Dolor provocado por esfuerzo o estrés emocional.
- 103d) Dolor aliviado en pocos minutos por nitratos o reposo.

**104 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTIANGINOSOS SE CONSIDERA DE PRIMERA LÍNEA EN EL MANEJO DE LA ANGINA ESTABLE?**

- 104a) Nitratos de acción prolongada.
- 104b) Ivabradina.
- 104c) Betabloqueantes.
- 104d) Ranolazina.

**105 ELIJA LA OPCIÓN QUE ORDENA CRONOLÓGICAMENTE LOS DISTINTOS FENÓMENOS QUE OCURREN, EN LA CASCADA DE LA ISQUEMIA:**

- 105a) Disminución de la perfusión subendocárdica → Disfunción diastólica → Alteración segmentaria de la contractilidad → Cambios ECG.
- 105b) Disminución de la perfusión subendocárdica → Alteración segmentaria de la contractilidad → Disfunción diastólica → Cambios ECG.
- 105c) Disminución de la perfusión subepicárdica → Disfunción diastólica → Alteración segmentaria de la contractilidad → Cambios ECG.
- 105d) Disminución de la perfusión subendocárdica → Disfunción diastólica → Cambios ECG → Alteración segmentaria de la contractilidad.

**106 LA MORTALIDAD ANUAL ESPERABLE DE UN PACIENTE CON ANGINA DE ESFUERZO ESTABLE Y FUNCIÓN VENTRICULAR NORMAL ES, APROXIMADAMENTE, DEL:**

- 106a) 20%
- 106b) 10%
- 106c) 5%
- 106d) 1%

**107 EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SEVERA, SEÑALE LA RECOMENDACIÓN FALSA:**

- 107a) Evitar embarazo.
- 107b) Inmunización para gripe y neumococo.
- 107c) Oxígeno en viajes en avión en pacientes con CF III-IV OMS.
- 107d) Priorizar anestesia general en vez de epidural.

**108 UN HOMBRE DE 43 AÑOS, FUMADOR DE 5 CIGARRILLOS AL DÍA COMO ÚNICO ANTECEDENTE RELEVANTE, SEDENTARIO HASTA HACE DOS MESES, HA INICIADO UN PROGRAMA DE EJERCICIO CONSISTENTE EN EXCURSIONES EN BICICLETA DOS DÍAS A LA SEMANA, UNAS 3 HORAS Y 40-50 KM AL DÍA. EL NIVEL DE RECOMENDACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA QUE INCLUYA PRUEBA DE ESFUERZO ES:**

- 108a) Recomendación de clase I, nivel de evidencia A.
- 108b) Recomendación de clase IIa, nivel de evidencia C.
- 108c) Recomendación de clase IIa, nivel de evidencia A.
- 108d) Recomendación de clase III, nivel de evidencia C.

**109 UN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN QUE TIENE ANEURISMA DE LA RAÍZ AORTA, CON VÁLVULA NORMOFUNCIONANTE Y NINGÚN FACTOR DE RIESGO ASOCIADO TIENE INDICACIÓN QUIRÚRGICA CUANDO EL DIÁMETRO DEL ANEURISMA ES MAYOR O IGUAL A:**

- 109a) 40 mm.
- 109b) 45 mm.
- 109c) 50 mm.
- 109d) 55 mm.

**110 EN RELACIÓN CON LOS PERFILES LINGÜÍSTICOS, DIGA CUAL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**

- 110a) Alcanzar los perfiles lingüísticos dentro de las fechas de preceptividad previstas constituye uno de los objetivos principales del II Plan de uso del Euskera.
- 110b) Todos los efectivos de Osakidetza-Servicio vasco de salud, tanto de unidades sanitarias como de unidades no sanitarias, tendrán asignado el perfil lingüístico 2.
- 110c) Al personal que a la fecha de aprobación del II Plan de uso del Euskera haya superado los 45 años y no tenga acreditado el perfil lingüístico 2, se les exigirá la acreditación del perfil 1.
- 110d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

# OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018  
Erabakiaren bidez, egindako  
Oposaketa-Lehiaketarako deia  
(EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren  
19koa)

Concurso-Oposición convocado por  
Resolución 111/2018 de 7 de febrero  
de 2018 (B.O.P.V. N° 35 de 19 de  
febrero de 2018)

## **KATEGORIA:**

**FAK. ESP. KARDIOLOGIAKO MEDIKUA**

## **CATEGORÍA:**

**FAC. ESP. MÉDICO CARDIOLOGÍA**

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 19a**  
Fecha prueba: **19 de mayo de 2018**

*1. ariketa / 1er. ejercicio*  
***B Eredua / Modelo B***



**1 EN RELACIÓN A LA DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO A DE STANDFORD, ES CIERTO QUE:**

- 1a) El principal factor de riesgo para sufrirla es la presencia de aterosclerosis aórtica.
- 1b) La asimetría de pulsos es uno de los hallazgos más frecuentes en la exploración física, detectándose en más del 70% de los casos.
- 1c) El dímero D es especialmente útil en el diagnóstico diferencial con el tromboembolismo pulmonar.
- 1d) El tratamiento quirúrgico reduce la mortalidad a un mes del 90 al 30%.

**2 EN UN PACIENTE HIPERTENSO ASINTOMÁTICO EN EL QUE SE DETECTA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y ATEROSCLEROSIS DURANTE EL ESTUDIO DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA, ¿QUÉ GRUPO DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS ES EL DE PRIMERA ELECCIÓN?**

- 2a) Betabloqueantes.
- 2b) Nitratos.
- 2c) IECAs.
- 2d) Diuréticos.

**3 TODOS LOS SIGUIENTES DATOS, EXCEPTO UNO, OBLIGAN A DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA. SEÑALE LA RESPUESTA QUE CONTIENE LA EXCEPCIÓN.**

- 3a) Uso de anticonceptivos orales.
- 3b) Presencia de fibrilación auricular paroxística.
- 3c) Historia de infecciones urinarias de repetición.
- 3d) Episodios de sudoración, ansiedad, cefalea y palpitaciones.

**4 SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA RESPECTO A LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA (ANTES DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DEL VENTRÍCULO DERECHO):**

- 4a) Es una enfermedad genética de herencia habitualmente autosómica dominante debida a mutaciones en genes desmosómicos como placoglobina, desmoplaquina, placofilina y desmogleina.
- 4b) En pacientes con extrasístoles ventriculares frecuentes o episodios de taquicardia ventricular no sostenida se recomienda tratamiento con betabloqueantes o amiodarona.
- 4c) Las formas con afectación biventricular existen pero son muy infrecuentes (< 10% de los casos).
- 4d) Se recomienda evitar siempre el deporte de competición, también en pacientes asintomáticos.

**5 EN RELACIÓN A LA AMILOIDOSIS CARDIACA:**

- 5a) Se considera una forma de miocardiopatía hipertrófica.
- 5b) El pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca es similar, bajo tratamiento médico óptimo, al de pacientes con insuficiencia cardiaca de otras causas.
- 5c) La muerte súbita es una causa de muerte infrecuente (<5%).
- 5d) La amiloidosis por transtiretina puede ser hereditaria (debida a mutaciones) o senil ("wild type").

**6 LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREVIA A UN PROCEDIMIENTO ASOCIADO A RIESGO DE ENDOCARDITIS ESTÁ INDICADA EN TODOS LOS CASOS SIGUIENTES. MENOS EN UNO. SEÑALE ESE CASO.**

- 6a) Válvula aórtica bicúspide severamente estenótica.
- 6b) Prótesis mitral biológica.
- 6c) Implante valvular aórtico transcatóter.
- 6d) Episodio previo de endocarditis no operada.

**7 ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE ELECCIÓN EN UNA PACIENTE CON ENDOCARDITIS AGUDA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SOBRE VÁLVULA AÓRTICA NATIVA?**

- 7a) Cloxacilina, rifampicina y gentamicina.
- 7b) Amoxicilina y gentamicina.
- 7c) Ampicilina, cloxacilina y gentamicina.
- 7d) Ampicilina y ceftriaxona.

**8 HAY QUE CONSIDERAR EL CIERRE DE LOS DEFECTOS DEL SEPTO INTERAURICULAR EN TODOS LOS SIGUIENTES CASOS, MENOS EN UNO. SEÑALE ESE CASO:**

- 8a) Presencia de síndrome de Eisenmenger.
- 8b) Signos de sobrecarga del ventrículo derecho y resistencia vascular pulmonar < 5 UW.
- 8c) Sospecha de embolia paradójica.
- 8d) Resistencia vascular pulmonar > 5 UW pero menor de  $\frac{2}{3}$  de la resistencia vascular sistémica.

**9 TODAS LAS SIGUIENTES VARIABLES SON NECESARIAS PARA CALCULAR EL RIESGO DE REVASCULARIZACIÓN QUIRÚRGICA Y PERCUTÁNEA MEDIANTE EL EUROSCORE II Y EL SYNTAX SCORE II, MENOS UNA. SEÑÁLELA:**

- 9a) Función renal (creatinina o filtrado glomerular).
- 9b) Fracción de eyección.
- 9c) Situación clínica (necesidad de revascularización urgente o electiva).
- 9d) Enfermedad pulmonar crónica.

**10 ¿EN CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES NO ESTÁ INDICADA LA REVASCULARIZACIÓN POR PRONÓSTICO, EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE?**

- 10a) Hombre de 70 años con lesión en descendente anterior proximal del 85% con reserva fraccional de flujo (FFR) de 0.92.
- 10b) Mujer de 53 años diabética con enfermedad de dos vasos con isquemia demostrada y fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 37%.
- 10c) Mujer de 78 años con isquemia significativa del 14% del territorio del ventrículo izquierdo.
- 10d) Mujer de 66 años con enfermedad del tronco común del 50% con reserva fraccional de flujo de 0.70..



**11 EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GESTIÓN CLÍNICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS:**

- 11a) Está sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.
- 11b) Únicamente tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura y coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales.
- 11c) La participación en las Unidades de Gestión Clínica es obligatoria para todos los profesionales sanitarios del centro sanitario.
- 11d) Conllevará necesariamente la compensación económica que se pacte con el órgano de gobierno del centro sanitario

**12 EN RELACIÓN CON LA ADQUISICIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO, UNA VEZ SUPERADAS LAS PRUEBAS DE SELECCIÓN Y OBTENIDO EL NOMBRAMIENTO CONFERIDO POR EL ÓRGANO COMPETENTE, LA PERSONA SELECCIONADA:**

- 12a) Debe incorporarse a una plaza del servicio o centro que le corresponda en un plazo no superior a tres meses a contar desde el día siguiente al del nombramiento.
- 12b) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá, en todo caso, el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo.
- 12c) Con carácter previo a la incorporación deberá superar, en todo caso, un periodo de prueba.
- 12d) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo, salvo que la falta de incorporación no sea imputable a la persona interesada y obedezca a causas justificadas.

**13 EL NOMBRAMIENTO COMO PERSONAL DIRECTIVO DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS:**

- 13a) Únicamente puede recaer en personas que tengan la condición de personal estatutario fijo.
- 13b) Requiere el acuerdo previo del Consejo de Gobierno y su posterior publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.
- 13c) Requiere la previa convocatoria pública en la que deberán establecerse los requisitos necesarios de capacidad y experiencia profesional.
- 13d) Tiene una duración máxima de cuatro años, prorrogable por otros cuatro.

**14 EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**

- 14a) Tienen derecho a estar acompañados por familiares, así como al uso, con carácter general, de habitación individual para preservar su intimidad.
- 14b) Tienen derecho a dar su consentimiento para la intervención, cuando se trate de mayores de 14 años.
- 14c) Tienen derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital.
- 14d) Tienen derecho a disponer de un horario de visitas específico, en función de las peculiaridades de su hospitalización.

**15 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**

- 15a) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar verbalmente ante tres testigos.
- 15b) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar por escrito ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
- 15c) Toda persona mayor de edad, y que no haya sido judicialmente incapacitada para ello, puede actuar como testigo para la formalización del documento de voluntades anticipadas.
- 15d) El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado, una vez hayan transcurrido, al menos, tres meses desde su otorgamiento.

**16 A LOS EFECTOS DE LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, SE CONSIDERA QUE LOS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS PLURIPERSONALES TIENEN UNA REPRESENTACIÓN EQUILIBRADA:**

- 16a) Cuando los dos sexos estén representados en un 50%.
- 16b) Cuando la Presidencia y la Vicepresidencia del órgano recaigan en personas de distinto sexo.
- 16c) Cuando los dos sexos estén representados por, al menos, 1/3 de las personas que lo integran.
- 16d) Cuando los dos sexos estén representados al menos al 40%.

**17 EL ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA:**

- 17a) Permite disminuir las desigualdades en salud.
- 17b) Requiere un consenso previo con las y los profesionales sanitarios.
- 17c) Requiere un análisis previo de la demanda de servicios y una reordenación de la atención primaria.
- 17d) Requiere desarrollar campañas para la concienciación a la sociedad acerca del uso de los recursos sanitarios.

**18 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:**

- 18a) El consumo excesivo de alcohol, tabaco, cannabis y policonsumo de drogas es más frecuente en hombres que en mujeres.
- 18b) El consumo de psicofármacos sin receta es más frecuente en mujeres que en hombres.
- 18c) El inicio de consumo de alcohol en Euskadi se produce, en términos generales, antes de los 14 años.
- 18d) El consumo de tabaco es mayor en los grupos sociales más desfavorecidos.

**19 DEL ANÁLISIS D.A.F.O. SOBRE EL MODELO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DIGA CUÁL DE ESTAS CONCLUSIONES ES CIERTA:**

- 19a) Existe un amplio consenso respecto del modelo de atención sociosanitaria y su coordinación interna.
- 19b) La actual financiación resulta suficiente pero necesita dotarse de mecanismos de coordinación interinstitucional.
- 19c) La implantación de la historia clínica y social compartida constituye el mayor logro de la coordinación sociosanitaria.
- 19d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

**20 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES ESTÁ INCLUIDO EN LA ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA?**

- 20a) La fibrosis endomiocárdica demostrada por RMN.
- 20b) La presencia de aneurismas ventriculares apicales.
- 20c) El diámetro antero-posterior de la aurícula izquierda.
- 20d) La existencia de mutaciones en dos genes sarcoméricos.

**21 RESPECTO AL SÍNDROME DE QT LARGO, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:**

- 21a) El estudio de inducción de arritmias ventriculares es útil para la estratificación del riesgo de muerte súbita.
- 21b) El riesgo de muerte súbita es mayor en pacientes con QTc > 500 mseg que en aquellos con QTc 480-500 mseg.
- 21c) La presencia de una mutación de patogenicidad confirmada es diagnóstica de síndrome de QT largo independientemente del QTc del paciente.
- 21d) Se recomienda iniciar siempre tratamiento betabloqueante, incluso en portadores genéticos con QTc normal.

**22 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACIÓN AL SÍNDROME DE BRUGADA**

- 22a) La presencia de patrón ECG tipo 1 espontáneo (en ausencia de fiebre o fármacos) en un paciente asintomático es indicación de implante de DAI con un nivel de evidencia IIA-C.
- 22b) Los tratamientos de elección en caso de tempesta arrítmica son betabloqueantes y amiodarona.
- 22c) Las arritmias ocurren típicamente en varones jóvenes durante la actividad física, especialmente natación.
- 22d) El tratamiento con quinidina y la ablación epicárdica están contemplados en pacientes con terapias apropiadas frecuentes del DAI.

**23 RESPECTO A LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA, SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA**

- 23a) La mayor parte de las mutaciones ocurren en genes sarcoméricos, sobretodo MYBPC3, MYH7 y TNNT2.
- 23b) La persistencia de obstrucción intraventricular severa y disnea clase funcional II NYHA a pesar de dosis máximas de betabloqueantes es indicación de terapia de reducción septal (ablación o miectomía).
- 23c) Tras un primer episodio de fibrilación auricular en un paciente con CHADSVASC de cero se debe iniciar tratamiento anticoagulante.
- 23d) En pacientes asintomáticos el seguimiento incluye ECG anual, ecocardiograma anual y holter cada 6-12 meses si la aurícula izquierda está dilatada ( $\geq 45$  mm de diámetro).

**24 UN PACIENTE CON INDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN (ACO) POR FIBRILACIÓN AURICULAR INGRESA POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. SU RIESGO DE SANGRADO ES ALTO. ELIJA LA PAUTA DE TRATAMIENTO QUE CONSIDERE MÁS ADECUADA:**

- 24a) Un mes de triple terapia (ACO, AAS y clopidogrel), once meses de doble terapia (ACO y AAS o clopidogrel), posteriormente ACO.
- 24b) Un mes de triple terapia, cinco meses de doble terapia y posteriormente ACO.
- 24c) Tres meses de triple terapia, nueve meses de doble terapia y posteriormente ACO.
- 24d) Seis meses de triple terapia, seis meses de doble terapia y posteriormente ACO.

**25 SE ENCUENTRA AISLADO EN CANDANCHÚ JUNTO A OTROS ESQUIADORES POR UNA TORMENTA DE NIEVE. UN HOMBRE DE 47 AÑOS Y UNOS 78 KG DE PESO REFIERE DOLOR TORÁCICO. EN EL PUESTO DE SOCORRO, SE LE REALIZA UN ECG QUE MUESTRA ELEVACIÓN DEL ST DE 10 MM DE V1-V5. DISPONEN DE MEDICACIÓN PARA FIBRINOLISIS. ¿QUÉ FÁRMACOS Y A QUÉ DOSIS LE ADMINISTRARÍA?**

- 25a) AAS 100 mg, clopidogrel 300 mg, TNK 8000 UI, enoxaparina 70 mg ev y 30 mg sc.
- 25b) AAS 300 mg, clopidogrel 600 mg, TNK 7000 UI, enoxaparina 70 mg sc.
- 25c) AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, TNK 8000 UI, enoxaparina 30 mg ev y 70 mg sc.
- 25d) AAS 300 mg, clopidogrel 150 mg, TNK 7000 UI, enoxaparina 30 mg ev y 70 mg sc.

**26 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA EN RELACIÓN A LA PERICARDITIS:**

- 26a) Cuando los síntomas persisten más de 3 meses la pericarditis se considera crónica.
- 26b) El tratamiento de segunda, tercera y cuarta línea consiste respectivamente en corticosteroides, inmunoglobulinas o azatioprina y pericardiectomía.
- 26c) Los niveles de PCR en sangre son útiles para evaluar la respuesta al tratamiento.
- 26d) La afectación miocárdica (miopericarditis) empeora el pronóstico, aumentando el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca o muerte.

**27 EN RELACIÓN AL MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK CARDIOGÉNICO, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:**

- 27a) El balón de contrapulsación intraaórtico no se recomienda de forma rutinaria.
- 27b) En caso de necesitar presores, es preferible utilizar dopamina a noradrenalina.
- 27c) Utilizar una carga de fluidos está contraindicado debido a la elevación de presiones de llenado.
- 27d) La dobutamina está contraindicada, ya que aumenta la mortalidad.

**28 ENTRE LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA, NO SE ENCUENTRA ALGUNA DE LAS RESPUESTAS SIGUIENTES:**

- 28a) Los diuréticos.
- 28b) La ventilación mecánica no invasiva.
- 28c) La ultrafiltración.
- 28d) Los vasodilatadores.

**29 SON INOTRÓPICOS POSITIVOS LOS SIGUIENTES FÁRMACOS, EXCEPTO:**

- 29a) Dobutamina.
- 29b) Levosimendan.
- 29c) Milrinona.
- 29d) Neseritide.

**30 UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA DE MÁS DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN A PESAR DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO ÓPTIMO ES CANDIDATO A UN SISTEMA DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA, SI PRESENTA:**

- 30a) Una fracción de eyección de VE izquierdo >25% y un consumo pico de O<sub>2</sub> > 12 ml/kg/min.
- 30b) Presencia de disfunción derecha junto con insuficiencia tricuspídea severa.
- 30c) Menos de tres hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, en los últimos 12 meses, sin causa desencadenante.
- 30d) Dependencia de inotrópicos.

**31 EN RELACIÓN AL SACUBITRIL/VALSARTAN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FUNCIÓN SISTÓLICA REDUCIDA, ¿CUÁL ES LA RESPUESTA CORRECTA?**

- 31a) Ha demostrado disminuir la mortalidad añadido al tratamiento con IIECA, betabloqueante y antialdosterónico.
- 31b) Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el IECA, en pacientes bajo betabloqueante y antialdosterónico.
- 31c) Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el antialdosterónico en pacientes bajo IECA y betabloqueante.
- 31d) Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el betabloqueante en pacientes bajo IECA y antialdosterónico.

**32 EN RELACIÓN A LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS**

- 32a) Los obesos suelen tener los niveles más elevados que la población general.
- 32b) El valor predictivo positivo en situación aguda es superior al valor predictivo negativo.
- 32c) Los pacientes ancianos pueden presentar valores falsamente bajos.
- 32d) El punto de corte en situación aguda es más alta que en el paciente crónico.

**33 EN UNA PACIENTE CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR ASINTOMÁTICA Y SIN OTROS ANTECEDENTES DE INTERÉS, SEÑALE LA CORRECTA.**

- 33a) Deben administrarse IECAS y betabloqueantes para disminuir la mortalidad.
- 33b) Deben administrarse betabloqueantes para disminuir la mortalidad.
- 33c) Deben administrarse IECAS para retrasar la aparición de insuficiencia cardiaca.
- 33d) Debe administrarse empaglifocina para retrasar la aparición de insuficiencia cardiaca.

**34 EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CLASE FUNCIONAL II Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL 32% QUE RECIBE TRATAMIENTO ÓPTIMO, PENSARÍA EN TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA, SI:**

- 34a) Está en ritmo sinusal y presenta un bloqueo de rama izquierda con un QRS de 128 ms.
- 34b) Está en fibrilación auricular y presenta un bloqueo de rama izquierda con un QRS de 138 ms
- 34c) Está en ritmo sinusal y presenta un bloqueo de rama derecha con un QRS de 155 ms.
- 34d) Está en fibrilación auricular y presenta un bloqueo de rama izquierda con un QRS de 145 ms.

**35 RESPECTO AL TRATAMIENTO DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA, ES CIERTO QUE:**

- 35a) La ventilación servoadaptativa puede mejorar el pronóstico en los pacientes con apnea del sueño de origen central.
- 35b) Las glitazonas son un fármaco particularmente adecuado para el control de la diabetes mellitus.
- 35c) El alopurinol está contraindicado en estos pacientes por aumentar la retención hídrica.
- 35d) El tratamiento con hierro-desoximaltosa debe considerarse en pacientes sintomáticos con deficiencia de hierro.



**36 SON SIGNOS TÍPICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA TODOS LOS SIGUIENTES, EXCEPTO:**

- 36a) Ingurgitación yugular.
- 36b) Respiración de Cheyne-Stokes.
- 36c) Galope por tercer ruido.
- 36d) Elevación de la presión diferencial.

**37 ¿QUÉ AFIRMACIÓN ES CIERTA, EN UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA ?**

- 37a) La fracción de eyección del ventrículo izquierdo está entre 40 y 49%.
- 37b) Los ARA-II son los fármacos que han demostrado más impacto en la mortalidad.
- 37c) Los péptidos natriuréticos no se suelen elevar.
- 37d) Los diuréticos mejoran los síntomas de forma similar a los pacientes con fracción de eyección reducida.

**38 EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FUNCIÓN VENTRICULAR SISTÓLICA REDUCIDA, EN CLASE FUNCIONAL II, QUE PRESENTA FIBRILACIÓN AURICULAR, ¿QUÉ FÁRMACO ES DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA?**

- 38a) Betabloqueantes.
- 38b) Digoxina.
- 38c) Diltiazem.
- 38d) Dronedarona.

**39 EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL VASCULAR DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO, ASINTOMÁTICA, SEÑALE LA CORRECTA:**

- 39a) No está indicado el tratamiento antiagregante, si no hay otra razón.
- 39b) Está indicado el tratamiento con aspirina 100 mg/24h indefinidamente.
- 39c) Está indicado el tratamiento con clopidogrel 75 mg/24h indefinidamente.
- 39d) Está indicada la doble antiagregación con aspirina y clopidogrel indefinidamente.

**40 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA, EN RELACIÓN AL DERRAME PERICÁRDICO.**

- 40a) El taponamiento y la sospecha de etiología neoplásica o bacteriana son indicaciones de pericardiocentesis.
- 40b) Si existe elevación de marcadores de inflamación sistémica la etiología más probable es la pericarditis, por lo que está indicado iniciar tratamiento antiinflamatorio empírico con AINES y colchicina.
- 40c) En menos del 10% de los casos el derrame pericárdico se asocia a patologías médicas preexistentes, como el hipotiroidismo o la artritis reumatoide.
- 40d) En los casos de derrame pericárdico severo (más de 20 mm) de larga duración (>3 meses) y etiología desconocida hay que considerar pericardiocentesis.





**41 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO ESPERARÍA ENCONTRAR EN UN PACIENTE CON PERICARDITIS CONSTRICTIVA?**

- 41a) Onda E' septal < 8 cm/seg en el doppler tisular.
- 41b) Calcificación pericárdica en la radiografía o el TAC.
- 41c) Signo de Kussmaul.
- 41d) Variación respiratoria del flujo transmitral (pico de velocidad de la onda E) > 25%.

**42 SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA EN RELACIÓN A LA PERICARDITIS VÍRICA:**

- 42a) La serología de virus cardiotropos es una de las herramientas más útiles para el diagnóstico.
- 42b) Se recomienda evitar el tratamiento con corticosteroides.
- 42c) Dada su mala tolerancia gastrointestinal, la colchicina está indicada solamente en los casos de pericarditis incesante o recurrente.
- 42d) Los virus cardiotropos producen pericarditis por mecanismos inmunomediados por células B y T, no por efecto citotóxico directo.

**43 EL EMBARAZO ESTÁ CONTRAINDICADO, SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, EN TODAS LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS EXCEPTO EN UNA. SEÑÁLELA.**

- 43a) Hipertensión pulmonar severa de cualquier causa.
- 43b) Estenosis mitral o aórtica severa sintomática.
- 43c) Tetralogía de Fallot reparada.
- 43d) Disfunción ventricular ligera secundaria a episodio previo de miocardiopatía periparto.

**44 LAS FLUOROPIRIMIDINAS COMO EL 5-FLUORACILO (5-FU), USADAS COMO PARTE DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DE NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES, SE ASOCIAN EN HASTA EL 18% DE LOS CASOS CON UNA DE LAS SIGUIENTES TOXICIDADES CARDIOVASCULARES:**

- 44a) Enfermedad coronaria.
- 44b) Insuficiencia cardíaca.
- 44c) Hipertensión pulmonar.
- 44d) Valvulopatías.

**45 PARA EVITAR EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS SE RECOMIENDAN TODOS LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA, EXCEPTO UNO. SEÑÁLELO.**

- 45a) Practicar ejercicio físico de intensidad moderada-alta durante al menos 150 minutos a la semana.
- 45b) Incrementar la ingesta de fibra alimentaria a más de 40 gramos al día.
- 45c) Disminuir la ingesta de grasa hasta menos del 35% de la energía diaria, incluyendo más del 10% de ácidos grasos monoinsaturados.
- 45d) Añadir, a la dieta, suplementos dietéticos de vitaminas y micronutrientes con efecto antioxidante como vitamina E, vitamina C y carotenos, hasta unos 30 gramos al día.



## 46 EN RELACIÓN CON EL PULSO VENOSO YUGULAR

- 46a) La presencia de onda a prominente (“en cañón”) durante una taquicardia de QRS ancho identifica inequívocamente el ritmo como de origen ventricular.
- 46b) La onda v representa el llenado ventricular y es visible justo después del primer ruido.
- 46c) El descenso de 3 o más mmHg de presión venosa yugular con la inspiración se denomina signo de Kussmaul.
- 46d) La presencia de reflujo hepatoyugular no puede correlacionarse de modo alguno con la presión de enclavamiento pulmonar.

## 47 VISITA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE PUEDE REALIZAR HASTA EL FINAL UNA ACTIVIDAD QUE REQUIERE ENTRE 5 Y 7 EQUIVALENTES METABÓLICOS (METS), COMO POR EJEMPLO QUITAR HIERBAS DEL JARDÍN, PERO NO UNA QUE REQUIERE ENTRE 7 Y 9 METS, COMO POR EJEMPLO CAVAR CON UNA PALA, ¿EN QUÉ CLASE FUNCIONAL DE LA NYHA (NEW YORK HEART ASSOCIATION) ESTÁ?

- 47a) En clase funcional I.
- 47b) En clase funcional II.
- 47c) En clase funcional III.
- 47d) En clase funcional IV.

## 48 TODAS LAS SIGUIENTES LESIONES CUTÁNEAS SON TÍPICAS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA MENOS UNA. SEÑÁLELA.

- 48a) Hemorragias no sensibles elevadas en palmas y plantas (lesiones de Janeway),
- 48b) Nódulos sensibles y elevados en los pulpejos de los dedos (nódulos de Osler).
- 48c) Petequias lineales en el centro del lecho ungueal (hemorragias en astilla).
- 48d) Máculas violáceas y pápulas sobre las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas (pápulas de Gottron).

## 49 MARQUE LA OPCIÓN QUE RELACIONA CORRECTAMENTE EL TIPO DE PULSO ARTERIAL Y LA ENFERMEDAD QUE LO OCASIONA.

- 49a) Pulso paradójico - Insuficiencia aórtica severa.
- 49b) Pulso débil y tardío (*parvus et tardus*) - Miocardiopatía hipertrófica.
- 49c) Pulso alternante - Insuficiencia cardíaca grave.
- 49d) Pulso en martillo de agua - Estenosis mitral severa.

## 50 SEÑALE LA FALSA RESPECTO AL COMPLEJO QRS EN LAS DERIVACIONES PRECORDIALES DE ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL:

- 50a) En las derivaciones V1-V2 la activación de la pared libre del ventrículo izquierdo genera ondas S tras ondas r iniciales producidas por la activación septal, generando un trazado rS.
- 50b) En las derivaciones V3-V4 el trazado refleja el frente de activación en la pared libre ventricular, que primero se aleja de los electrodos y después se desplaza a la izquierda y anterior, generando complejos rS o RS.
- 50c) En las derivaciones V5-V6 el trazado muestra una onda q septal, que produce un complejo qRS o qR.
- 50d) En las derivaciones precordiales (V1-V6) a medida que el electrodo se desplaza más a la izquierda la R se hace más dominante y la S más pequeña por el mayor periodo de tiempo en el que el frente de activación se mueve hacia el extremo positivo del electrodo.

**51 RESPECTO A LA PRUEBA DE ESFUERZO:**

- 51a) La sensibilidad global se sitúa en torno al 30%.
- 51b) El descenso de ST durante el ejercicio es más frecuente cuando la arteria afectada es la coronaria derecha, seguida de la descendente anterior y finalmente la circunfleja.
- 51c) Los resultados falsos negativos son especialmente frecuentes en pacientes asintomáticos con probabilidad pretest baja.
- 51d) Las derivaciones V4-V6 aportan el 80% de la información diagnóstica sobre la depresión del segmento ST inducida por el esfuerzo.

**52 MARQUE LA RESPUESTA FALSA EN RELACIÓN A LA FIEBRE REUMÁTICA.**

- 52a) Es un trastorno autoinmune relacionado con la faringitis estreptocócica.
- 52b) La manifestaciones clínicas más típicas son artritis, corea y carditis.
- 52c) El tratamiento de primera elección son las cefalosporinas (cefotaxima y ceftriaxona).
- 52d) La forma de afectación cardiaca más típica es la valvulitis mitral.

**53 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES SUGIERE SÍNCOPE CARDIOGÉNICO DE ALTO RIESGO?**

- 53a) Síncope de esfuerzo.
- 53b) Síncope durante la ingesta.
- 53c) Síncope en bipedestación.
- 53d) Síncope post-prandial.

**54 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES SE CONSIDERA MENOS APROPIADA EN UN PACIENTE CON SÍNCOPE INEXPLICADO, BLOQUEO BIFASCICULAR EN EL ECG Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DEL 40%?:**

- 54a) Implante directo de marcapasos.
- 54b) Monitorización electrocardiográfica durante 48 horas. Si se documenta bloqueo aurículo-ventricular completo paroxístico, implante de marcapasos.
- 54c) Estudio electrofisiológico. Si resulta negativo, holter implantable.
- 54d) Monitorización electrocardiográfica durante 48 horas. Si es normal, holter implantable.

**55 EN RELACIÓN A LA ANATOMÍA CORONARIA, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA.**

- 55a) Es excepcional que la arteria descendente anterior alcance la cara diafragmática.
- 55b) La arteria circunfleja transcurre por el surco auriculoventricular posterior.
- 55c) La arteria coronaria derecha es dominante en una cuarta parte de los pacientes.
- 55d) La arteria del cono suele ser la primera rama de la arteria circunfleja cuando esta es dominante.

**56 NO ES CIERTO, EN RELACIÓN CON EL NÓDULO SINUSAL, QUE:**

- 56a) Se encuentra a menos de 1 mm de la superficie epicárdica.
- 56b) Su localización es lateral al surco terminal auricular derecho junto la entrada de la vena cava inferior.
- 56c) Es irrigado en más del 60% de los casos por la arteria coronaria derecha.
- 56d) Mide entre 10 y 20 mm de largo.

**57 LA TOMOGAMMAGRAFIA CARDÍACA DE PERFUSIÓN PERMITE:**

- 57a) Identificar áreas de isquemia si existe hipercaptación en ejercicio e hipocaptación en reposo.
- 57b) Identificar infartos subendocárdicos con precisión.
- 57c) Diferenciar entre miocardio necrótico y miocardio hibernado.
- 57d) Cuantificar la severidad de las lesiones coronarias.

**58 LA INDICACIÓN MENOS APROPIADA DE UNA CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA ES:**

- 58a) Determinar la viabilidad miocárdica antes de la revascularización.
- 58b) Evaluar una masa cardíaca.
- 58c) Cuantificar la función sistólica del ventrículo izquierdo post IAM.
- 58d) Evaluar la permeabilidad de un injerto de safena.

**59 EL CATÉTER DE SWAN-GANZ NO PERMITE LA DETERMINACIÓN DIRECTA DE:**

- 59a) Las resistencias vasculares sistémicas.
- 59b) El gasto cardíaco.
- 59c) La presión auricular derecha.
- 59d) La presión de enclavamiento.

**60 ¿CUAL ES LA COMPLICACIÓN MENOS FRECUENTE DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA?**

- 60a) Alergia al medio de contraste.
- 60b) Arritmias.
- 60c) Accidente cerebrovascular.
- 60d) Infección del punto de punción.

**61 LA FASE IV DE EVALUACIÓN DE NUEVOS TRATAMIENTOS CORRESPONDE A:**

- 61a) La farmacovigilancia post comercialización.
- 61b) Los ensayos comparando el nuevo fármaco con el de referencia.
- 61c) Los ensayos en animales de experimentación.
- 61d) Los estudios de seguridad tras la primera administración del fármaco.

**62 EN RELACIÓN A LOS FÁRMACOS ANTIARRÍTMICOS SEÑALE LA CORRECTA:**

- 62a) Los betabloqueantes disminuyen la pendiente de la fase 0 del potencial de acción de los miocitos cardíacos.
- 62b) Los antiarrítmicos del grupo IC son los que más reducen la duración del potencial de acción transmembrana.
- 62c) Los antiarrítmicos del grupo III acortan la repolarización.
- 62d) Los antiarrítmicos del grupo IV actúan predominantemente sobre los canales de potasio.

**63 RESPECTO A LA INTOXICACIÓN DIGITÁLICA:**

- 63a) El síntoma más precoz es la alteración en la percepción de los colores.
- 63b) Las taquiarritmias típicas son la taquicardia auricular bloqueada, de la unión y ventricular fascicular.
- 63c) La fenitoína y lidocaína están contraindicadas en el tratamiento de las taquiarritmias de la intoxicación digitálica.
- 63d) Los anticuerpos antidigoxina se reservan para los casos leves.

**64 NO ES CIERTO, EN RELACIÓN A LAS ESTATINAS:**

- 64a) Inhiben la enzima Hidroxi-Metil-Glutaril-Coenzima A- reductasa.
- 64b) Incrementan el colesterol HDL y reducen el colesterol LDL
- 64c) Un 10% de los pacientes suspenden el tratamiento por elevación de transaminasas o miositis.
- 64d) El zumo de pomelo aumenta sus concentraciones plasmáticas.

**65 ¿CUÁL DE ESTAS PAREJAS FÁRMACO-EFECTO ADVERSO ES FALSA?**

- 65a) Dronedarona - Hepatitis.
- 65b) Antagonistas de los receptores de angiotensina II - Hiperpotasemia.
- 65c) Eplerenona - Ginecomastia.
- 65d) Furosemida - Ototoxicidad

**66 LE CONSULTA UN PACIENTE DE 42 AÑOS, QUE PRESENTÓ DOS SEMANAS ANTES PALPITACIONES QUE RESULTARON SER UNA TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA, PROCEDENTE DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO. ¿CUAL ES LA CONDUCTA MÁS ADECUADA?**

- 66a) Le recomendaría un estudio electrofisiológico, ya que la ablación es muy eficaz en este tipo de taquicardias.
- 66b) Le recomendaría tratamiento médico con amiodarona y actuaría en función de la evolución.
- 66c) Solo indicaría tratamiento específico en caso de presentar disfunción ventricular izquierda.
- 66d) La primera medida sería descartar una displasia arritmogénica de ventrículo derecho por resonancia magnética.

**67 EN UNA PACIENTE DE 60 AÑOS CON UNA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL 45% EN CLASE FUNCIONAL UNO QUE PRESENTA EN UN HOLTER TAQUICARDIAS VENTRICULARES NO SOSTENIDAS, ¿CUÁL ES LA CONDUCTA MÁS ADECUADA?**

- 67a) Le implantaría un DAI como prevención primaria de muerte súbita.
- 67b) Le iniciaría tratamiento con amiodarona.
- 67c) Le iniciaría tratamiento con flecainida.
- 67d) Le realizaría un estudio electrofisiológico, si el ECG sugiere un mecanismo rama-rama.

**68 SEÑALE LA CORRECTA CON RESPECTO A LA DESFIBRILACIÓN PÚBLICA:**

- 68a) No ha demostrado su eficacia de forma controlada mejorando el pronóstico tras una muerte súbita.
- 68b) Se recomienda, si se ha entrenado antes a la población en reanimación cardiopulmonar.
- 68c) Su utilidad se circunscribe a zonas remotas o donde no llegue una ambulancia.
- 68d) Es particularmente útil en aviones, cruceros y trenes.

**69 ANTE UNA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA POR UNA FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRESENCIADA:**

- 69a) Administraré hasta tres desfibrilaciones antes de proceder a cualquier otra cosa.
- 69b) Procederé a reanimación cardiopulmonar para aumentar la probabilidad de éxito de la desfibrilación.
- 69c) Iniciaré secuencia rápida de intubación para garantizar la vía aérea.
- 69d) Administraré midazolam y procederé a desfibrilación.

**70 SEÑALE LA FALSA EN RELACIÓN AL CONTROL DE LA FRECUENCIA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR:**

- 70a) En pacientes con FEVI  $\geq$  40%, es seguro el tratamiento con betabloqueantes, digoxina, diltiazem y verapamilo.
- 70b) El objetivo inicial es conseguir una frecuencia cardiaca en reposo inferior a 110 latidos por minuto.
- 70c) En pacientes con fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca y FEVI  $>$  40% los betabloqueantes han demostrado beneficio pronóstico frente a digoxina.
- 70d) En pacientes con FEVI  $<$  40% en los que no se consigue control adecuado de la frecuencia cardiaca con betabloqueantes, se recomienda añadir digoxina.

**71 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA, EN RELACIÓN A LA CARDIOVERSIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) ?**

- 71a) Se recomienda un mínimo de tres semanas de anticoagulación correcta antes de proceder a cardioversión.
- 71b) Se puede realizar con seguridad la cardioversión en un paciente no anticoagulado si la FA ha debutado en las 72 horas previas.
- 71c) En pacientes con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc cero se recomienda mantener la anticoagulación durante un mes post cardioversión.
- 71d) Si el ecocardiograma transesofágico (ETE) pre cardioversión muestra trombo intraauricular, se recomienda mantener la anticoagulación durante tres semanas más y repetir nuevamente el ETE antes de cardiovertir.

**72 ¿QUÉ FÁRMACO ELEGIRÍA PARA EL CONTROL DEL RITMO EN UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, DISFUNCIÓN VENTRICULAR MODERADA E INSUFICIENCIA CARDIACA (CLASE FUNCIONAL III DE LA NYHA) TRAS CARDIOVERSIÓN EFECTIVA DE FIBRILACIÓN AURICULAR?**

- 72a) Bisoprolol.
- 72b) Dronedarona.
- 72c) Amiodarona.
- 72d) Sotalol.

**73 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FENÓMENOS NO FORMA PARTE DE LA FISIOPATOLOGÍA DE LA ATROSCLEROSIS CORONARIA?**

- 73a) Acumulación de lipoproteínas en la capa íntima arterial.
- 73b) Adherencia e infiltración de leucocitos en la capa íntima arterial.
- 73c) Emigración de células musculares lisas de la capa media a la íntima arterial.
- 73d) Activación de la vía intrínseca de la coagulación (factores VIII a XII de Leyden) en la capa media arterial.

**74 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA EN RELACIÓN AL TABAQUISMO:**

- 74a) El consumo de 20 o más cigarrillos al día duplica o triplica el riesgo de cardiopatía isquémica.
- 74b) El abandono del hábito tabáquico constituye la intervención aislada más importante en cardiología preventiva.
- 74c) La “paradoja del fumador” (mejor pronóstico de los pacientes fumadores tras la reperfusión en cardiopatía isquémica) se debe al mayor desarrollo de circulación colateral.
- 74d) La reducción del riesgo relativo asociada al abandono del hábito tabáquico es similar a la conseguida por los antiagregantes, las estatinas o los betabloqueantes.

**75 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES NO ESTÁ INCLUIDA EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA?**

- 75a) Elección de la estrategia óptima de revascularización.
- 75b) Apoyo psicológico.
- 75c) Asesoramiento dietético y nutricional.
- 75d) Educación en la enfermedad.

**76 TODOS LOS SIGUIENTES FACTORES, MENOS UNO, AUMENTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA. SEÑÁLELO:**

- 76a) El uso de la polipíldora.
- 76b) El uso de fármacos más baratos.
- 76c) El peor pronóstico de la enfermedad de base.
- 76d) El asesoramiento por parte de enfermería y/o farmacéuticos.

**77 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES DATOS ECOCARDIOGRÁFICOS SUGIERE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA?**

- 77a) Velocidad pico de regurgitación tricuspídea de 2.2 m/seg.
- 77b) Diámetro de la arteria pulmonar de 30 mm.
- 77c) Vena cava inferior de 18 mm de diámetro con colapso inspiratorio del 60%.
- 77d) Ratio del diámetro basal del ventrículo derecho/ventrículo izquierdo de 0.7.

**78 SEÑALA LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO LA DECISIÓN SOBRE LA ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN EN EL SCAEST EN LAS PRIMERAS 12 H TRAS EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS**

- 78a) Inmediatamente después de establecer el diagnóstico de SCAEST, se debe de estimar el tiempo que tardaría una reperfusión mediante ICP primaria definido como el momento del implante de stent en la lesión responsable.
- 78b) Si se calcula paso de guía es > 120 min, se debe administrar fibrinolisis lo antes posible (objetivo, < 30 min).
- 78c) Si se estima que se puede estar cruzando la lesión con la guía en menos de 120 min, se recomienda una estrategia de ICP primaria, incluso para pacientes que se presentan muy precozmente en el curso del infarto.
- 78d) En las primera 2 horas, el tiempo de paso de guía debe ser menor de 60 minutos



## 79 ¿RESPECTO A LA FIBRINOLISIS EN EL SCAEST, CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA?

- 79a) En los casos en que se realice fibrinólisis, debe realizarse en menos de 10 min tras el diagnóstico de SCAEST y debe derivarse de inmediato al paciente a un centro con ICP primaria.
- 79b) Si pasados 60-90 min desde el bolo de fibrinolítico no hay criterios de reperfusión, se debe realizar inmediatamente una ICP de rescate.
- 79c) En caso de que haya criterios de reperfusión, está indicado realizar una coronariografía (e ICP del vaso responsable si procede) entre 2 y 24 h tras el fibrinolítico
- 79d) Existe una nueva recomendación que indica reducir a un tercio la dosis de tenecteplasa de los pacientes de edad  $\geq 75$  años basándose en los resultados del ensayo STREAM

## 80 RESPECTO A LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA, ¿CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA?

- 80a) En general, se recomienda el acceso por vía radial (clase IA).
- 80b) En general, se recomienda el implante de stent farmacoactivo de nueva generación (clase IA).
- 80c) En general, se recomienda la tromboaspiración sistemática durante la angioplastia primaria (clase IA).
- 80d) Según los resultados de 4 ensayos clínicos, se propone considerar la realización de ICP en las arterias no responsables antes del alta hospitalaria (clase IIa A).

## 81 EN PACIENTES SOMETIDOS A ICP PRIMARIA Y QUE ESTÁN BAJO ANTICOAGULACIÓN ORAL, ¿CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA?

- 81a) Se prefiere con ICP primaria evitando la fibrinólisis por el riesgo hemorrágico.
- 81b) Se debe administrar anticoagulación parenteral independientemente de la última dosis de anticoagulante oral.
- 81c) Se debe priorizar el uso de ácido acetilsalicílico y clopidogrel como antiagregantes (evitando el prasugrel, el ticagrelor y los inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa).
- 81d) Debe intentarse mantener la triple terapia antitrombótica (que combina anticoagulantes orales, aspirina y clopidogrel) durante 12 meses.

## 82 ¿QUÉ PACIENTES SE BENEFICIAN DEL USO RUTINARIO DE OXIGENOTERAPIA EN IAMEST SEGÚN LAS ÚLTIMAS GUÍAS EUROPEAS?

- 82a) Aquellos con saturación de oxígeno inferior a 95%
- 82b) Aquellos con presión parcial de oxígeno inferior a 80 mmHg.
- 82c) Aquellos con disnea.
- 82d) Aquellos con saturación de oxígeno inferior a 90%.

## 83 EN RELACIÓN CON LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES, RESPECTO A LAS CONVENCIONALES, SEÑALE LA FALSA:

- 83a) Tienen un valor predictivo positivo superior para el diagnóstico de IAM.
- 83b) Disminuyen el periodo "ciego" entre los síntomas y la positividad del test.
- 83c) Aumentan al doble los diagnósticos de infarto de miocardio tipo II.
- 83d) Aumenta un 20% el diagnóstico de infartos de miocardio de tipo I.



**84 EN UN PACIENTE QUE SE PRESENTA A URGENCIAS TRAS HABER SUFRIDO UN EPISODIO DE DOLOR TORÁCICO 7 HORAS ANTES, QUE PRESENTA UN ECG NORMAL Y LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES SON NEGATIVAS, SEÑALE LA CORRECTA:**

- 84a) Si el paciente está sin dolor y tras descartar otras causas no cardíacas, el paciente puede darse de alta.
- 84b) Si el paciente está sin dolor y tras descartar otras causas no cardíacas, debe repetirse tras una hora la troponina para descartar síndrome coronario agudo.
- 84c) Si el paciente está sin dolor y tras descartar otras causas no cardíacas, debe repetirse, tras tres horas, la troponina para descartar síndrome coronario agudo.
- 84d) Es recomendable un TAC coronario antes del alta para descartar un síndrome coronario agudo.

**85 RESPECTO A LA ANTICOAGULACIÓN DE UN SCASEST NO ES CIERTO QUE:**

- 85a) EL fondaparinux tiene el mejor perfil de eficacia y seguridad.
- 85b) La enoxaparina o la heparina no fraccionada son alternativas si el fondaparinux no está disponible.
- 85c) En caso estarse administrando heparina sódica, es recomendable, si se dispone, cambiar a heparina de bajo peso molecular.
- 85d) La bivalirudina no está indicada actualmente en el SCASEST.

**86 EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ESTADIO IV (CICr=16 ml/min) QUE PRESENTA UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:**

- 86a) La coronariografía, en general, está contraindicada por el riesgo de nefropatía por contraste.
- 86b) EL anticoagulante de elección, en este paciente, sería la heparina no fraccionada.
- 86c) Se debe dar preferencia a los stents metálicos, por el incremento de trombosis aguda del stent.
- 86d) El incremento del riesgo hemorrágico contraindica en uso de inhibidores del P2Y.

**87 EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN CARDIOLÓGICA PREVIA A UNA CIRUGÍA NO CARDIACA, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA.**

- 87a) Se recomienda la determinación ambulatoria previa de troponinas cardíacas, si la cirugía es de alto riesgo.
- 87b) Se recomienda un electrocardiograma, independientemente del riesgo del paciente y la cirugía.
- 87c) Se recomienda revascularizar preventivamente a los pacientes con enfermedad coronaria, independientemente del tipo de cirugía.
- 87d) Se recomienda una prueba de esfuerzo con imagen, en pacientes con diabetes e insuficiencia renal, ante una cirugía de alto riesgo.

**88 EN UN PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A UNA ESOFAGUECTOMÍA:**

- 88a) Si presenta extrasístoles ventriculares, está indicada profilaxis con antiarrítmicos.
- 88b) En pacientes con bloqueo trifascicular, está indicado un electrocatéter provisional.
- 88c) Es recomendable parar los fármacos antiarrítmicos antes de la cirugía.
- 88d) La indicación de marcapaso temporal perioperatorio es similar, en general, a la de un marcapaso definitivo.

**89 EN RELACIÓN A LA HIPERTROFIA LIPOMATOSA BENIGNA DEL SEPTUM INTERAURICULAR, NO ES CIERTO QUE:**

- 89a) Es la segunda causa de tumor cardíaco primario
- 89b) La mayoría son asintomáticos y se diagnostican por casualidad.
- 89c) Al contrario que en el lipoma, suelen ser masas múltiples encapsuladas.
- 89d) En su mayoría, no requieren tratamiento específico.

**90 EN UNA PACIENTE DE 76 AÑOS CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA Y DOBLE LESIÓN MITRAL LIGERA, QUE PRESENTA FIBRILACIÓN AURICULAR, EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES NO ANTAGONISTAS DE VITAMINA K (NACOS):**

- 90a) Está contraindicado, dada la valvulopatía severa.
- 90b) Es una alternativa adecuada para prevención de embolismos sistémicos.
- 90c) Sería una alternativa, sólo si la estenosis mitral fuera al menos moderada.
- 90d) En caso de cirugía valvular aórtica por bioprótesis, serían una buena alternativa como anticoagulación desde el postoperatorio.

**91 LA INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA TIENE INDICACIÓN QUIRÚRGICA:**

- 91a) Siempre que es severa es necesario operar por el riesgo de deterioro de la función ventricular.
- 91b) Si el paciente tiene síndrome de Marfan y una raíz aórtica y una raíz aórtica de diámetro > 50 mm.
- 91c) Si el paciente presenta FE > 50% y diámetro telediastólico < 70 mm.
- 91d) Si el paciente presenta FE > 50% y diámetro telesistólico < 50 mm.

**92 ¿QUÉ ENFERMEDAD DE BASE ESPERARÍA ENCONTRAR EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA Y EL SIGUIENTE CATETERISMO DERECHO: PAPm (PRESIÓN ARTERIAL MEDIA) 33 mmHg, PEP (PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO PULMONAR) 27 mmHg, GTPd (GRADIENTE TRANSPULMONAR DIASTÓLICO) 6 mmHg y RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR 2 mmHG?**

- 92a) Enfermedad pulmonar venooclusiva.
- 92b) Enfermedad intersticial pulmonar.
- 92c) Estenosis mitral severa.
- 92d) Enfermedad pulmonar tromboembólica.

**93 EN RELACIÓN A LA SEVERIDAD DE LA ESTENOSIS AÓRTICA ES CIERTO QUE**

- 93a) Si el gradiente medio es igual o superior a 40 mmHg, no es necesario calcular el área valvular aórtica.
- 93b) Si, con bajo gradientes (< 40 mmHg) el área valvular aórtica es > 1 cm<sup>2</sup>, la probabilidad de que la estenosis sea severa es alta.
- 93c) Si el paciente tiene una velocidad máxima inferior a 4 m/s, no es necesario calcular el volumen latido indexado.
- 93d) La ecocardiografía con dobutamina se reserva para los pacientes con función ventricular izquierda superior al 50%.

**94 UN PACIENTE ASINTOMÁTICO Y CON BUENA FUNCIÓN VENTRICULAR QUE PRESENTA UNA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CON UNA VELOCIDAD TRANSVALVULAR DE 5.7 M/S:**

- 94a) No tiene indicación quirúrgica actualmente.
- 94b) Tiene indicación quirúrgica, si en una prueba de esfuerzo se obtiene respuesta hipertensiva.
- 94c) Tiene indicación quirúrgica, si tiene un Euroscore II < 4%.
- 94d) Tiene indicación quirúrgica, si no presenta hipertensión pulmonar.

**95 SON FACTORES QUE FAVORECEN LA DECISIÓN DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA RESPECTO A SUBSTITUCIÓN QUIRÚRGICA TODAS LAS RESPUESTAS SIGUIENTES, EXCEPTO:**

- 95a) Euroscore II > 4%
- 95b) Cirugía cardiaca previa.
- 95c) Aorta en porcelana.
- 95d) Distancia pequeña entre el anillo aórtico y los ostia coronarios.

**96 EN LA INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA PRIMARIA, SE ESTABLECE LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA, SI:**

- 96a) El paciente está asintomático pero presenta FE < 30%.
- 96b) El paciente está asintomático pero tiene un diámetro telediastólico > 55 mm.
- 96c) El paciente está asintomático pero tiene una presión pulmonar sistólica > 40 mmHg.
- 96d) El paciente está asintomático pero ha presentado fibrilación auricular.

**97 SON CONTRAINDICACIONES PARA LA COMISUROTOMÍA MITRAL PERCUTÁNEA, TODAS LAS SIGUIENTES, EXCEPTO:**

- 97a) Área mitral > 1.5 cm<sup>2</sup>
- 97b) Insuficiencia mitral moderada.
- 97c) Fusión comisural.
- 97d) Trombo auricular izquierdo.

**98 APOYA LA DECISIÓN DE IMPLANTAR UNA VÁLVULA CARDIACA MECÁNICA:**

- 98a) La dificultad de conseguir anticoagulación eficaz.
- 98b) El padecer hiperparatiroidismo.
- 98c) El deseo de quedarse embarazada.
- 98d) Una edad superior a 70 años.

**99 EN UN TRAUMATISMO CARDIACO CERRADO, NO ES CIERTO QUE:**

- 99a) La determinación de marcadores de necrosis es importante para establecer el diagnóstico y el pronóstico.
- 99b) Las lesiones valvulares pueden aparecer precoz o tardiamente.
- 99c) La reanimación cardiopulmonar es una de las principales causas.
- 99d) La rotura pericárdica puede acompañarse de herniación cardiaca a pleura o peritoneo.

**100 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE UN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SE ASOCIA A UNA MAYOR MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A LOS 30 DÍAS?**

- 100a) Presión arterial sistólica < 90 mmHg.
- 100b) Saturación de oxígeno < 90%.
- 100c) Frecuencia respiratoria > 30 rpm.
- 100d) Temperatura corporal < 36°C.

## PREGUNTAS RESERVA

**101 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO ES UN CRITERIO PRIMARIO DE ALTO RIESGO QUE INDICA MANEJO INVASIVO EN UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST?**

- 101a) Disfunción ventricular (FEVI < 40%).
- 101b) Puntuación > 140 en la escala de GRACE.
- 101c) Cambios dinámicos silentes del ST o la onda T.
- 101d) Curva de troponina positiva.

**102 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, NO HA DEMOSTRADO DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NEFROPATÍA POR CONTRASTE TRAS CORONARIOGRAFÍA:**

- 102a) El suero salino isotónico.
- 102b) Las estatinas a dosis altas.
- 102c) La N-Acetilcisteína.
- 102d) Limitar al máximo el volumen de líquido de contraste administrado.

**103 SE CONOCE, COMO DOLOR ANGINOSO TÍPICO, A AQUEL QUE CUMPLE TRES CONDICIONES. SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA, RESPECTO AL DOLOR ANGINOSO TÍPICO:**

- 103a) Dolor de localización subesternal.
- 103b) Dolor inicialmente poco intenso, que va aumentando lentamente, es máximo durante unos 15 minutos y disminuye de manera lenta y progresiva hasta desaparecer.
- 103c) Dolor provocado por esfuerzo o estrés emocional.
- 103d) Dolor aliviado en pocos minutos por nitratos o reposo.

**104 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTIANGINOSOS SE CONSIDERA DE PRIMERA LÍNEA EN EL MANEJO DE LA ANGINA ESTABLE?**

- 104a) Nitratos de acción prolongada.
- 104b) Ivabradina.
- 104c) Betabloqueantes.
- 104d) Ranolazina.

**105 ELIJA LA OPCIÓN QUE ORDENA CRONOLÓGICAMENTE LOS DISTINTOS FENÓMENOS QUE OCURREN, EN LA CASCADA DE LA ISQUEMIA:**

- 105a) Disminución de la perfusión subendocárdica → Disfunción diastólica → Alteración segmentaria de la contractilidad → Cambios ECG.
- 105b) Disminución de la perfusión subendocárdica → Alteración segmentaria de la contractilidad → Disfunción diastólica → Cambios ECG.
- 105c) Disminución de la perfusión subepicárdica → Disfunción diastólica → Alteración segmentaria de la contractilidad → Cambios ECG.
- 105d) Disminución de la perfusión subendocárdica → Disfunción diastólica → Cambios ECG → Alteración segmentaria de la contractilidad.

**106 LA MORTALIDAD ANUAL ESPERABLE DE UN PACIENTE CON ANGINA DE ESFUERZO ESTABLE Y FUNCIÓN VENTRICULAR NORMAL ES, APROXIMADAMENTE, DEL:**

- 106a) 20%
- 106b) 10%
- 106c) 5%
- 106d) 1%

**107 EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SEVERA, SEÑALE LA RECOMENDACIÓN FALSA:**

- 107a) Evitar embarazo.
- 107b) Inmunización para gripe y neumococo.
- 107c) Oxígeno en viajes en avión en pacientes con CF III-IV OMS.
- 107d) Priorizar anestesia general en vez de epidural.

**108 UN HOMBRE DE 43 AÑOS, FUMADOR DE 5 CIGARRILLOS AL DÍA COMO ÚNICO ANTECEDENTE RELEVANTE, SEDENTARIO HASTA HACE DOS MESES, HA INICIADO UN PROGRAMA DE EJERCICIO CONSISTENTE EN EXCURSIONES EN BICICLETA DOS DÍAS A LA SEMANA, UNAS 3 HORAS Y 40-50 KM AL DÍA. EL NIVEL DE RECOMENDACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA QUE INCLUYA PRUEBA DE ESFUERZO ES:**

- 108a) Recomendación de clase I, nivel de evidencia A.
- 108b) Recomendación de clase IIa, nivel de evidencia C.
- 108c) Recomendación de clase IIa, nivel de evidencia A.
- 108d) Recomendación de clase III, nivel de evidencia C.

**109 UN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN QUE TIENE ANEURISMA DE LA RAÍZ AORTA, CON VÁLVULA NORMOFUNCIÓN Y NINGÚN FACTOR DE RIESGO ASOCIADO TIENE INDICACIÓN QUIRÚRGICA CUANDO EL DIÁMETRO DEL ANEURISMA ES MAYOR O IGUAL A:**

- 109a) 40 mm.
- 109b) 45 mm.
- 109c) 50 mm.
- 109d) 55 mm.

**110 EN RELACIÓN CON LOS PERFILES LINGÜÍSTICOS, DIGA CUAL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**

- 110a) Alcanzar los perfiles lingüísticos dentro de las fechas de preceptividad previstas constituye uno de los objetivos principales del II Plan de uso del Euskera.
- 110b) Todos los efectivos de Osakidetza-Servicio vasco de salud, tanto de unidades sanitarias como de unidades no sanitarias, tendrán asignado el perfil lingüístico 2.
- 110c) Al personal que a la fecha de aprobación del II Plan de uso del Euskera haya superado los 45 años y no tenga acreditado el perfil lingüístico 2, se les exigirá la acreditación del perfil 1.
- 110d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.