

1.-Según el artículo 5 de la ORDEN SAN/697/2018, de 18 junio, por la que se regula el funcionamiento y organización de la Red de Centros y Servicios de Referencia en Atención Especializada el Servicio Público de Salud de Castilla y León el centro de referencia del Servicio Público de Salud de Castilla y León para los pacientes asignados al Complejo Asistencial de Ávila es:

- a) Complejo Asistencial de Segovia
- b) Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- c) Complejo Asistencial Universitario de León
- d) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

2.- Según el artículo 4 de la ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señale cuál de los siguientes corresponde a uno de los derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:

- a) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo mínimo
- b) A disponer de una tercera opinión facultativa sobre su proceso
- c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

3.- La composición y funciones del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud se recoge en:

- a) Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- b) La ley general de sanidad 14/1986
- c) Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ley 16/2003, de 28 de Mayo
- d) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

4.-¿Qué artículo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge las prestaciones de salud pública ?:

- a) El artículo 14
- b) El artículo 16
- c) El artículo 15
- d) El artículo 11

5.- Conforme al Protocolo de actuación frente a las agresiones para profesionales de Sacyl, señale que consecuencias pueden tener las agresiones para sus autores:

- a) Carta de rechazo: apercibimiento
- b) Posible cambio de adscripción
- c) Procesos penales por agresiones físicas ó amenazas
- d) Todas las anteriores

6.- En relación al Comité de seguridad y salud laboral, de las siguientes afirmaciones señale la incorrecta:

- a) Los Delegados de prevención son designados por las Organizaciones sindicales presentes en las Juntas de Personal y Comités de Empresa.
- b) Se reúnen cuatrimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las representaciones
- c) Es el órgano de participación y consulta del Área de Salud en materia de prevención de riesgos laborales.
- d) Está constituido por los Delegados de Prevención y ,en igual número, representantes de la empresa.

7.-De acuerdo con el artículo 28 de la Orden SAN/1211/2019, de 2 de diciembre, por la que se modifica la Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, por la que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, la competencia para la ordenación y gestión de la derivación de pacientes en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, a otros dispositivos asistenciales no pertenecientes a la red sanitaria de utilización pública, será ejercido por el servicio de:

- a) actividad concertada
- b) cartera de Servicios de Atención Especializada
- c) investigación e innovación
- d) Control y asistencia

8.-Según el artículo 6 de la ley 16/2003 de 28 de mayo, de acuerdo con el artículo 43.2 de la Constitución, el Ministerio de Sanidad y consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en el ámbito de las competencias que les corresponden, ejercerán:

- a) Un control de las entidades sanitarias no integradas en el sistema Nacional de Salud, en relación con las actividades de salud pública y en materia de garantías de la información, seguridad y calidad.
- b) Requerirán de las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud la información necesaria para el conocimiento de su estructura y funcionamiento.
- c) Las respuestas a) y b) son correctas
- d) Las respuestas a) y b) son incorrectas

9.- Según el artículo 43 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, los criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales y de los órganos encargados de su desarrollo que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado, sin perjuicio de las competencias legamente atribuidas a las administraciones sanitarias, se establecerán mediante:

- a) Decreto legislativo
- b) Decreto Ley
- c) Ley Orgánica
- d) Real Decreto

10.- El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en su Artículo 94. Bis, referido a la aportación de los beneficiarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria refiere:

- a) Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente, a través de receta médica, en oficina o servicio de farmacia.
- b) La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.
- c) La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas

11.- La legislación por la que se implanta el Sistema Nacional de Salud actual en España es:

- a) Ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad

- b) Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de las Administraciones Generales del Estado.
- c) Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre la habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- d) Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ley 16/2003, de 28 de Mayo.

12.- Dentro del Plan de Gestión en Calidad y Seguridad del Paciente de la gerencia Regional de Salud, indique que programa no forma parte de los proyectos en gestión de la Calidad:

- a) Implantación paulatina de sistemas de gestión de la calidad basados en la gestión por procesos “organizativos”
- b) Coordinación de la red de unidades de calidad y referentes de seguridad
- c) Encuestas a pacientes
- d) Mapas de riesgos

13.- La gestión del registro de personal, según el artículo 13 del Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, será llevada a cabo por:

- a) El Servicio de Asuntos Generales
- b) La Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
- c) La Secretaría General de la Consejería de Sanidad
- d) La Dirección General de Profesionales

14.- Dentro del Plan de Gestión en Calidad y Seguridad del Paciente de la gerencia Regional de Salud, indique que programa no forma parte de los proyectos en gestión de la Calidad:

- a) Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria
- b) Conciliación de la medicación al alta
- c) Mapas de riesgos
- d) Encuestas a pacientes

15.- Cual de las siguientes dimensiones no forman parte del modelo conceptual de la calidad asistencial?

- a) eficacia
- b) Orientación a los profesionales
- c) Responsabilidad social
- d) Seguridad

16.- Indique de entre las siguientes funciones cuál se encuentra entre las funciones de los comités de ética asistencial de Castilla Y león:

- a) Velar por los derechos de los usuarios, promoviendo un entorno asistencial lo más humano posible.
- b) Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen conflictos legislativos.
- c) Asesorar desde una perspectiva científico-técnica a los correspondientes centros.
- d) Resolver cuestiones éticas que consideren oportunas a la Comisión de Bioética de Castilla y León.

17.- En relación a los comités de ética de investigación con medicamentos en España (CEIm) señale la respuesta verdadera:

- a) Viene regulado por el Real Decreto 1091/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.
- b) Para la coordinación del dictamen en los ensayos clínicos con medicamentos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios facilitará el intercambio de información entre la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y los CEIm, así como coordinará con las comunidades autónomas, los órganos supervisores de los CEI y los propios CEIm el desarrollo y mantenimiento de un sistema de información único e integrado para los ensayos clínicos con medicamentos.
- c) Dentro de las Funciones de los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos se encuentran la Evaluación de los aspectos metodológicos, éticos y legales y emisión del dictamen correspondiente, así como las modificaciones sustanciales y la realización de un seguimiento del estudio, solo desde su inicio
- d) Los CEIm serán acreditados por la autoridad sanitaria estatal competente

18.- En relación al derecho de instrucciones previas que todo paciente puede ejercer en Castilla y León y para que el documento de instrucciones previas sea válido deberá formalizarse ante:

- a) Notario o Tres testigos o Personal al servicio de la administración
- b) Solo ante notario
- c) Sólo ante personal de la administración
- d) Todas son falsas

19.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, el personal estatutario se clasifica:

- a) Atendiendo al nivel asistencial en el que presta servicios
- b) Atendiendo al nivel del título exigido para el ingreso
- c) Sólo se clasifica atendiendo al tipo de nombramiento
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

20.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, se acordará el cese del personal estatutario interino:

- a) Por resolución de la relación estatutaria durante el periodo de prueba, conforme a dicha Ley
- b) Por incorporación de personal estatutario con reserva de la plaza ocupada por el interino
- a) Cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento
- b) Todas las opciones anteriores son incorrectas

21.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, las convocatorias de las pruebas selectivas para el acceso a las plazas de que se trate:

- a) Hacen mención expresa de que se podrá declarar que ha superado el proceso selectivo un porcentaje de aspirantes superior al de plazas convocadas
- b) Al ser procesos restringidos, el plazo de presentación de solicitudes de participación se reduce a la mitad

- c) Deben contener el nombramiento y composición del órgano de selección
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

22.- Según lo previsto por el artículo 11 del Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, la planificación, promoción, coordinación y evaluación de la investigación en relación con los problemas y necesidades de salud de la población es competencia de la Dirección General de:

- a) Profesionales
- b) Sistemas de la Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
- c) Infraestructuras y Tecnologías de la Información
- d) Planificación y Gestión Sanitaria

23.- En relación con el respeto a la autonomía del paciente:

- a) En el ámbito de la salud del paciente, toda actuación precisa consentimiento libre y voluntario del afectado
- b) El consentimiento del paciente será siempre por escrito
- c) El consentimiento escrito del paciente será único e incluirá el conjunto de actuaciones de su proceso asistencial
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

24.-Se otorgará el consentimiento por representación:

- a) En el ámbito sanitario, no cabe el consentimiento por representación, al afectar al ámbito de autonomía personal
- b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente aunque no conste en la sentencia
- c) Los familiares o personas vinculadas con el paciente que no sean representantes legales del paciente no tienen capacidad para otorgar consentimiento
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

25.-El Complejo Asistencial Universitario de Salamanca es Centro de Referencia Nacional en la siguiente patología/tecnología:

- a) Tumores intraoculares del adulto (melanomas uveales).
- b) Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis
- c) Trasplante de páncreas / páncreas– riñón
- d) Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica

26.- De conformidad con lo establecido en el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León:

- a) Se facilitará la historia clínica de un menor al representante legal cuando tenga 16 años cumplidos y no sea incapaz aunque no haya autorización expresa del menor
- b) Los menores de 16 años, aunque tengan madurez suficiente a criterio del médico responsable de su asistencia, no podrán dejar constancia en la historia clínica de la prohibición del acceso de su representante legal
- c) Se facilitará a un tercero información que afecte a la intimidad del paciente fallecido por motivo de riesgo para la salud de aquel
- d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas

27.- Conforme al Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León, la documentación clínica:

- a) Deberá conservarse como mínimo 10 años, contados desde la fecha del fallecimiento del paciente
- b) Transcurridos 3 años podrán destruirse las hojas de órdenes médicas y de interconsulta cuando no sean trascendentales por motivos asistenciales, de salud pública, epidemiológicos, de investigación, judiciales o por razones de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud
- c) El consentimiento informado se conservará de forma indefinida
- d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas

28.- De las siguientes especialidades indique cuál de ellas no está incluida en las Carteras de Servicios de todos los Complejos Asistenciales y Hospitales del Servicio de Salud de Castilla y León:

- a) Cardiología
- b) Aparato Digestivo
- c) Anestesiología y Reanimación
- d) Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

29.-En relación con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales:

- a) Tiene por objeto garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 16.2 de la Constitución
- b) El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de 16 años
- c) Los responsables y encargados del tratamiento de datos deberán designar un delegado de protección de datos cuando se trate de centros sanitarios legalmente obligados al mantenimiento de las historias clínicas de los pacientes
- d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas

30.-De acuerdo al artículo 16 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información sanitaria señale la respuesta incorrecta:

- a) El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
- b) El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones.
- c) El personal de administración de los centros sanitarios no podrá acceder a los datos de historia clínica.
- d) Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

PREGUNTAS DE LA PARTE ESPECÍFICA

31.- Respecto a los hallazgos que se encuentran en la radiografía de tórax cuando hay crecimiento de la aurícula izquierda, indique la respuesta correcta:

- a) Se puede identificar el crecimiento de la aurícula izquierda por un contorno cóncavo de la orejuela de la aurícula izquierda (frente al convexo normal).
- b) El borde derecho de la aurícula izquierda se desplaza lateralmente y crea el signo de la doble densidad.
- c) Disminuye el ángulo de la carina por la desviación hacia arriba del bronquio principal izquierdo
- d) En la proyección lateral la parte inferior del borde cardíaco posterior se vuelve más convexa

32.- Respecto a las recomendaciones de las Guías Europeas de 2018 acerca del embarazo en diferentes situaciones clínicas, indique la falsa:

- a) No se recomienda el embarazo en la hipertensión pulmonar.
- b) No se recomienda el embarazo en la circulación tipo Fontan y enteropatía pierde proteínas.
- c) No se recomienda el embarazo en el Síndrome de Ehlers-Danlos.
- d) No se recomienda el embarazo en mujeres portadoras de válvula aórtica bicúspide con un diámetro de la aorta >40 mm.

33.- En relación con el Síndrome de Marfan (SM) y el embarazo, indique la respuesta correcta:

- a) El riesgo de disección aórtica durante el embarazo en el SM es superior al 10%
- b) Existe un mayor riesgo de complicaciones obstétricas.
- c) Se ha demostrado que en todos los casos el diámetro de la raíz aorta se incrementa significativamente durante el embarazo.
- d) En presencia de una raíz aórtica de diámetro menor a 40 mm el riesgo de disección es inferior al 0,1%.

34.- Señale la respuesta falsa respecto a los principios de visualización Doppler

- a) El límite Nyquist indica la máxima velocidad que se puede cuantificar de forma precisa dentro de un volumen de muestra determinado
- b) El valor numérico del límite Nyquist es igual a 1/2 de la frecuencia de repetición del pulso (FRP)

- c) La FRP (frecuencia de repetición del pulso) se relaciona de forma directa con la distancia entre el volumen de muestra y el transductor.
- d) Las velocidades más altas que el límite Nyquist se salen de la escala y aparecen como mangos o envoltura en el espectrograma generado

35.- Señale la respuesta falsa respecto a los riesgos del ecocardiograma transesofágico:

- a) La anestesia general se emplea en pacientes en quirófano y parece estar asociada con mayores tasas de complicaciones.
- b) La complicación más seria es la perforación digestiva alta, habitualmente a nivel del esófago o la hipofaringe.
- c) El riesgo global de complicaciones graves de la ETE es del 5% en situación no quirúrgica
- d) La mortalidad global es baja (0,0004%).

36.- La miocarditis (señala la correcta):

- a) La etiología bacteriana es una de las más frecuentes
- b) En la Resonancia magnética cardíaca es típico el realce de gadolinio subendocárdico con patrón isquémico.
- c) La miocardiopatía periparto es la que se produce en el primer año tras el parto.
- d) En el electrocardiograma no hay signos patognomónicos, pueden observarse alteraciones inespecíficas de la repolarización y taquicardia sinusal.

37.- Indique cuál de las siguientes entidades es una contraindicación relativa para la prueba de esfuerzo

- a) Endocarditis activa
- b) Estenosis aórtica grave sintomática
- c) Insuficiencia cardíaca descompensada
- d) Estenosis conocida del tronco coronario principal izquierdo

38.- ¿Cuál de las siguientes estructuras no delimitan el triángulo de Koch?

- a. Tendón de Todaro.
- b. Válvula de Tebesio.

- c. Valva septal de la válvula tricúspide.
- d. Válvula de Eustaquio.

39.- Señale la respuesta incorrecta en relación con la orejuela izquierda (OI):

- a) Es una extensión muscular de la aurícula izquierda que nace cerca de las venas pulmonares inferiores izquierdas.
- b) Se han descrito diferentes morfologías de la OI usando TAC multicorte y RMN: ala de pollo, manga de viento, multilobulada (coliflor y cactus).
- c) La morfología más frecuente es la de ala de pollo (aprox. 48%).
- d) El diámetro del ostium de la OI muestra cambios durante las distintas fases del ciclo cardíaco en ritmo sinusal.

40.- ¿Cuál de los siguientes signos en la exploración física de un paciente con insuficiencia mitral es falso?:

- a) Su irradiación es variable dependiendo de la dirección del chorro de insuficiencia.
- b) Aumenta al cerrar el puño.
- c) El impulso apical es hiperdinámico.
- d) Es crescendo-decrescendo sistólico

41.- Señale la respuesta incorrecta:

- a) Las válvulas tricúspide y pulmonar se encuentran separadas por la cresta supraventricular.
- b) La banda moderadora o trabeculación septomarginal es característica del ventrículo derecho.
- c) Los músculos papilares principales del ventrículo derecho son el anterior, el posterior y el septal.
- d) La válvula tricúspide consta de tres valvas: anterior, lateral y posterior.

42.- Según las Guías de Prevención Primaria de las Enfermedades Cardiovasculares (ACC/AHA 2019), señalar la incorrecta:

- a) Se recomienda calcular el riesgo a 10 años de enfermedad aterosclerótica cardiovascular para personas de 20 a 39 años utilizando la PCE (Pooled Cohort Equation).
- b) Las personas adultas deben acumular al menos 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad vigorosa a la semana.
- c) El ácido acetil salicílico no está indicado en prevención primaria en > 70 años.
- d) Se deben prescribir estatinas de alta intensidad en pacientes de 20-75 años con LDL mayor o igual a 190 mg/dl.

43.- Señale la opción más correcta respecto del inicio de la aterogenia en humanos:

- a) Tras el inicio de una dieta aterogénica se produce una acumulación de pequeñas partículas lipoproteínicas en la íntima.
- b) Las lipoproteínas, unidas a los proteoglicanos de la íntima, son proclives a la oxidación.
- c) Los monocitos se adhieren al endotelio, penetran en la íntima y comienzan a acumular lípidos, convirtiéndose en células espumosas.
- d) Todas son ciertas.

44.- Respecto de la estenosis arterial coronaria, señale la incorrecta:

- a) Cuando la magnitud de las placas supera la capacidad de la arteria para remodelarse hacia fuera, comienza el estrechamiento de la luz arterial.
- b) Las lesiones causantes de estenosis superiores al 60% pueden provocar limitaciones del flujo cuando aumenta la demanda.
- c) Las estenosis no críticas son una causa poco probable de infarto de miocardio.
- d) Las estenosis menores, debido a su mayor frecuencia, causan más infartos de miocardio que las de mayor grado, aunque éstas tengan una mayor probabilidad de hacerlo.

45.- En relación con la rotura de la placa ateromatosa:

- a) La erosión superficial de la íntima es la responsable de aproximadamente la mitad de los infartos agudos de miocardio.
- b) Las placas que han presentado una rotura con resultado mortal, presentaban una cantidad importante de macrófagos con una gran reserva de lípidos.
- c) Gran parte de la resistencia biomecánica a la rotura de la cobertura fibrosa de la placa reside en las formas intersticiales del colágeno.
- d) b y c son ciertas.

46.-En un paciente con taquicardia ventricular monomórfica sostenida (TVM) e infarto de miocardio crónico se lleva a cabo un estudio electrofisiológico. Indique la respuesta falsa.

- a) No puede inducirse la TVM con estimulación auricular.
- b) Puede inducirse la TVM clínica con estimulación ventricular: tren y dos extraestímulos.
- c) Puede inducirse fibrilación ventricular con protocolos agresivos de estimulación ventricular programada.
- d) Puede finalizarse la TVM inducida con estimulación ventricular subumbral.

47.- Regulación del tono coronario endotelio-dependiente. Señale la incorrecta.

- a) Las endotelinas (ET-1, ET-2 y ET-3) son péptidos dependientes del endotelio que actúan como factores de relajación.
- b) El óxido nítrico endotelial provoca la relajación vascular a través de la reducción del calcio intracelular.
- c) El factor de hiperpolarización dependiente del endotelio, hiperpolariza al músculo liso vascular, dilatando las arterias gracias a la abertura de los canales del potasio activados por el calcio (Kca).
- d) B y C son correctas.

48.- En relación con el vasospasmo coronario señale la opción más correcta:

- a) En la enfermedad arterial coronaria debe existir una alteración de la vasodilatación dependiente del endotelio para que se produzca el vasospasmo, aunque tiene que ser necesaria la presencia de un desencadenante (trombo, actividad simpática,.)
- b) La NTG no aumenta el flujo coronario en el corazón normal, pero mejora la perfusión del subendocardio cuando existe una alteración de la vasodilatación mediada por el óxido nítrico y dependiente del flujo.
- c) Todos los antagonistas del calcio inducen la relajación del músculo liso vascular y son, en diversos grados, vasodilatadores coronarios.
- d) Todas son correctas.

49.- Consecuencias de la isquemia miocárdica. Señale la incorrecta.

- a) Tras una oclusión coronaria brusca cesa el metabolismo aeróbico apareciendo la glucólisis anaerobia con aumento del lactato, disminución del ATP, acidosis, salida del K⁺ al espacio extracelular y muerte del miocito.
- b) Si no existen colaterales importantes, la lesión irreversible del miocardio se inicia a los 20 minutos de la oclusión, comenzando en el subepicardio y progresando como un frente de onda hacia el subendocardio.
- c) Tras una isquemia transmural espontánea, se reduce la contracción regional, apareciendo discinesia en aprox. 1 minuto, cesando la contracción regional con aumento progresivo de la presión telediastólica del Ventrículo izquierdo y caída de la presión arterial.
- d) En aprox. 2 minutos se producen alteraciones ECG en el ST cuando la salida del K⁺ hacia el espacio extracelular llega a una concentración crítica.

50.- Según las Guías ESC 2019 sobre tratamiento de las dislipemias, una de las respuestas es incorrecta:

- a) El inicio del tratamiento con estatinas para prevención primaria en > de 75 años puede considerarse en pacientes de alto o muy alto riesgo (recomendación IIb).
- b) Las estatinas deben ser consideradas para pacientes con DM tipo I con alto o muy alto riesgo (recomendación IIa).
- c) El tratamiento con estatinas es de primera elección para reducir el riesgo CV en pacientes de alto riesgo con hipertrigliceridemia (recomendación clase I).
- d) Si a pesar de dosis máximas toleradas de estatinas+ezetimiba no se alcanza el objetivo de LDL (<55 mg/dl) en 4-6 semanas en prevención secundaria, se recomiendan los inhibidores de PCSK9 (recomendación clase I).

51.- Prevención y tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular; señale la incorrecta.

- a) El sobrepeso y la obesidad ocupan el quinto lugar en el riesgo global de muerte en el mundo.
- b) Los suplementos de Calcio y Vit. D para disminuir el riesgo cardiovascular (CV) no parecen tener una relación causa/efecto.
- c) Los ácidos grasos Omega-3 poseen mecanismos cardioprotectores, sin embargo, los metaanálisis de estudios controlados con placebo, revelan efectos discretos o casi nulos sobre las enfermedades CV y la mortalidad.
- d) La evidencia científica actual respalda la prescripción de terapia hormonal sustitutiva en mujeres postmenopáusicas con el propósito concreto de prevenir las enfermedades CV.

52.- Anomalías coronarias congénitas. Señalar la incorrecta.

- a) Son poco frecuentes. Aprox. 0,2-1,4 % de la población sometida a estudio hemodinámico.
- b) Frecuentemente causan angina, infarto de miocardio o arritmias malignas.
- c) La más frecuente es la salida anómala de la arteria circunfleja en el seno de Valsalva derecho o desde la propia coronaria derecha.
- d) Entre las más infrecuentes se encuentra la salida anómala de la coronaria izquierda desde el tronco de la arteria pulmonar (ALCAPA).

53.- Disección coronaria espontánea:

- a) Es una entidad infrecuente (0,07-1,1 %) de las angiografías, afectando sobre todo a pacientes jóvenes y con predominio en mujeres.
- b) La presentación clínica más frecuente (50%) es el IAMSEST.

- c) Parece asociarse a una displasia fibromuscular arterial no coronaria.
- d) A y C son ciertas.

54.- Angina vasospástica. Criterios diagnósticos:

- a) Responde a nitratos. Predominio en reposo, especialmente entre la noche y la madrugada.
- b) En el ECG puede manifestarse tanto con elevación como con depresión del ST (ambas > o igual a 0,1 mV) en al menos 2 derivaciones contiguas.
- c) Tanto los bloqueantes cálcicos como los Beta-bloqueantes suprimen los episodios.
- d) A y B son correctas.

55.- Angina con coronarias epicárdicas normales. Señalar la incorrecta.

- a) El 10-30% de los pacientes que se someten a una arteriografía coronaria por sospecha clínica de angina, tienen coronarias normales.
- b) El porcentaje descrito en la respuesta anterior puede ser mucho mayor en mujeres.
- c) La incidencia de calcificaciones coronarias en la Tomografía multicorte (TC) es similar a la de los controles normales.
- d) La incidencia de calcificaciones coronarias en la TC es significativamente menor que en pacientes con angina secundaria a enfermedad arterial coronaria obstructiva.

56.- Angina y disfunción microvascular. Señale la incorrecta.

- a) El hallazgo de una reserva fraccional de flujo (RFF) normal, indica que no hay una estenosis epicárdica obstructiva.
- b) El hallazgo de una disminución de la reserva de flujo coronario (RFC) con una RFF normal, indica una enfermedad predominantemente microvascular.
- c) En pacientes con una RFC anormal (< 2.0) y una prueba negativa de provocación con acetilcolina está indicado el tratamiento con B-Bloqueantes, IECA y Estatinas.
- d) La resistencia microcirculatoria (calculando la resistencia microvascular hiperémica) no puede medirse mediante la velocidad de flujo por doppler.

57.- Angina sin lesiones coronarias obstructivas. Angina vasospástica. Señale la incorrecta:

- a) Los síntomas anginosos suelen producirse en reposo y siguiendo un patrón circadiano.
- b) La angina de Prinzmetal se acompaña de elevación transitoria del ST.
- c) El nifedipino no ha mostrado eficacia para reducir el espasmo coronario asociado con el implante de STENTS.
- d) La administración i.v de ergonovina para pruebas no invasivas no es aconsejable.

58.- Señale la respuesta incorrecta sobre qué hacer en el Síndrome Coronario Crónico (SCC) según las Guías Clínicas de la ESC 2019:

- a) Realizar coronariografía mediante TAC multicorte como prueba inicial a los pacientes con sospecha de enfermedad coronaria obstructiva.
- b) Medir el grosor íntimomedial carotídeo para la modificación del riesgo cardiovascular.
- c) Utilizar iSGLT2 o agonistas de los receptores de GLP-1 en pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular.
- d) Utilizar inhibidores de la bomba de protones en pacientes con alto riesgo hemorrágico que utilicen antiagregantes o anticoagulantes.

59.- Respecto a la selección de la prueba diagnóstica en la enfermedad coronaria crónica, señale la incorrecta (teniendo en cuenta las Guías ESC 2019).

- a) La Ergometría tiene recomendación tipo IIb para evaluar el control de los síntomas y la isquemia para pacientes en tratamiento.
- b) Si hay una elevada probabilidad clínica de enfermedad coronaria (EC), revascularización previa o necesidad de valorar viabilidad miocárdica, se recomienda realizar test no invasivos de imagen con estrés.
- c) Se recomienda valorar sistemáticamente la reserva fraccional de flujo mediante evaluación invasiva en lesiones intermedias (50-90%) o en pacientes con enfermedad multivaso.
- d) Se recomienda la detección de calcio coronario por TAC multicorte para identificar a los pacientes con EC obstructiva.

60.- En relación al tratamiento con fármacos antiisquémicos en el Síndrome Coronario Crónico según las Guías de la ESC 2019, señale la incorrecta:

- a) La ranolazina debe usarse con precaución en pacientes con intervalo QT largo o tratados con fármacos que prolongan el intervalo QT.

- b) En el estudio BEAUTIFUL la Ivabradina redujo la variable principal compuesta de muerte cardiovascular, hospitalización por infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca.
- c) El nifedipino está contraindicado en la estenosis aórtica avanzada y en la Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva.
- d) La Trimetazidina está contraindicada en trastornos motores como temblor, rigidez muscular y síndrome de piernas inquietas.

61.- Señalar la incorrecta respecto de la Insuficiencia Cardíaca y el Síndrome Coronario Crónico:

- a) Las pruebas de imagen deben incluir un examen ecocardiográfico con doppler.
- b) Las pruebas de laboratorio deben incluir la determinación de péptidos natriuréticos.
- c) En pacientes seleccionados se debe determinar la función renal y los electrolitos séricos.
- d) Se debe realizar coronariografía invasiva o mediante TAC para establecer la presencia y el grado de enfermedad coronaria si no se ha confirmado con anterioridad y evaluar la indicación de revascularización.

62.- Insuficiencia Cardíaca (IC) y Síndrome Coronario Crónico (SCC). Señale la opción más correcta respecto del tratamiento.

- a) Los B-Bloqueantes están recomendados para aliviar la angina y reducir la morbimortalidad en la IC (recomendación clase IA).
- b) Se puede considerar el uso de Amlodipino para el alivio de la angina en pacientes con IC que no toleran el tratamiento con B-Bloqueantes (recomendación clase IIb B).
- c) Para pacientes con IC y bradicardia con Bloqueo A-V de alto grado que requieren estimulación eléctrica, se recomienda Terapia de Resincronización frente a estimulación ventricular derecha (recomendación clase IA).
- d) Todas son correctas.

63.- Tratamiento antitrombótico para pacientes con Síndrome Coronario Crónico (SCC) y Fibrilación auricular (FA). Señale la incorrecta:

- a) Se recomienda el tratamiento anticoagulante (mejor ACOD) para pacientes con FA y una puntuación CHADS VASc 2 > o igual a 1 para los varones o > o igual a 2 para las mujeres (recomendación I A).
- b) No se recomienda el uso de ticagrelor o prasugrel como parte del tratamiento antitrombótico triple con AAS y un ACO.
- c) Se recomienda la administración periprocedimiento de AAS y clopidogrel para pacientes sometidos a implante de STENTs coronarios (recomendación I C).

d) B y C son correctas.

64.- Principios básicos de la fisiología del ejercicio. Señale la correcta:

- a) La diferencia arterio-venosa de O₂ aumenta durante el ejercicio debido a la redistribución del flujo sanguíneo.
- b) La ecuación de Fick determina que el gasto cardíaco es inversamente proporcional al consumo de O₂.
- c) La ecuación de Fick determina que el gasto cardíaco es directamente proporcional a la diferencia arterio-venosa de O₂.
- d) Todas son correctas.

65.- Programa de ejercicio físico en rehabilitación cardíaca (RC). Señale la correcta:

- a) Los pacientes que se derivan a RC tienen que someterse a una prueba de esfuerzo limitada por síntomas antes de entrar en el programa.
- b) El componente del ejercicio aeróbico se realiza generalmente al 60-70% del consumo máximo de O₂ que corresponde aprox. al 70-80% de la frecuencia cardíaca máxima.
- c) Los ejercicios de resistencia están contraindicados en los programas de RC.
- d) A y C son correctas.

66.- Rehabilitación Cardíaca (RC) y Ejercicio Interválico de Alta Intensidad (EIAI). Señale la opción más correcta:

- a) El aumento del consumo máximo de O₂ (VO₂ max) es uno de los más importantes indicadores de supervivencia de las personas con enfermedad arterial coronaria (EAC) o insuficiencia cardíaca (IC).
- b) El EIAI parece ser más eficaz en la mejora del VO₂ max en los pacientes con IC que en los pacientes con EAC.
- c) La mayoría de los programas de RC incluyen una actividad aeróbica de intensidad moderada y no variable.
- d) Todas son correctas.

67.- Monitorización domiciliar de la presión arterial (AMPA). Señale la incorrecta.

- a) El umbral diagnóstico para la HTA en la AMPA es equivalente al de la presión arterial (PA) medida en consulta, o sea > o igual a 140/90.
- b) La AMPA guarda mayor relación con el daño orgánico (especialmente hipertrofia ventricular izquierda) comparada con la PA medida en consulta.
- c) Según distintos metaanálisis, la AMPA predice mejor la morbimortalidad que la PA medida en consulta.

- d) La AMPA es la media de todas las lecturas de PA realizadas con un monitor semiautomático validado, durante al menos 3 días , y , preferiblemente, durante 6-7 días consecutivos antes de cada consulta.

68.- Características del daño orgánico causado por la HTA. Señale la incorrecta:

- a) El grosor íntimomedial anormalmente aumentado en las bifurcaciones carotídeas refleja fundamentalmente una hipertrofia causada por HTA.
- b) La rigidez de las grandes arterias es el más importante determinante fisiopatológico de la HTA sistólica aislada.
- c) La determinación del índice tobillo-brazo debe considerarse para los pacientes hipertensos con síntomas o signos de enfermedad arterial periférica (EAP) o con riesgo intermedio, ya que una prueba positiva podría reclasificar su riesgo a alto.
- d) La HTA es la segunda causa más importante de enfermedad renal crónica (ERC) después de la diabetes.

69.- Tratamiento de la HTA. Señale la incorrecta:

- a) Los bloqueantes del Sistema Renina Angiotensina (SRA) son los únicos fármacos antihipertensivos de los que se tiene evidencia de una reducción del riesgo de enfermedad renal terminal.
- b) Tanto los IECA como los ARA-2 reducen la Fibrilación Auricular incidental, lo cual podría estar relacionado con una mejoría de la función y la regresión estructural del ventrículo izquierdo.
- c) Los diuréticos tiazídicos son eficientes como fármacos antihipertensivos cuando la tasa de filtrado glomerular efectiva (TFGe) es menor de 30 ml/min.
- d) El Nebivolol no tiene efectos adversos en el riesgo de diabetes de nueva aparición.

70.- Se consideran factores de riesgo moderados para enfermedad tromboembólica venosa, todos los siguientes, menos uno. Señálelo:

- a) Cirugía artroscópica de rodilla.
- b) Anticonceptivos orales.
- c) Enfermedad inflamatoria intestinal.
- d) Viaje prolongado en coche o avión.

71.- Pruebas de laboratorio y biomarcadores en el Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo. Señale la incorrecta:

- a) Los análisis de troponina de alta sensibilidad tienen un valor predictivo negativo bajo en el TEP agudo.
- b) Por sí mismos, los valores de troponinas cardíacas circulantes aumentados tienen poca especificidad y bajo valor predictivo positivo de mortalidad precoz en pacientes normotensos con TEP agudo.
- c) Las concentraciones elevadas de BNP o NT-proBNP tienen poca especificidad y bajo valor predictivo positivo para mortalidad precoz en pacientes normotensos con TEP agudo.
- d) Los valores de creatinina sérica elevados y una TFGe reducida se asocian con mortalidad por cualquier causa a los 30 días en el TEP agudo.

72.- En la escala de gravedad de la embolia pulmonar simplificada, se consideran todos los parámetros siguientes, excepto uno:

- a) Frecuencia cardíaca > 110 lpm.
- b) Presión arterial sistólica < 100 mm Hg.
- c) Enfermedad pulmonar crónica.
- d) Edad > 80 años.

73.-Indique cuál de las siguientes situaciones es una indicación absoluta para terminar la prueba de esfuerzo:

- a) El paciente pide parar
- b) Desplazamiento acusado del segmento ST (> 2 mm en horizontal o en bajada) en un paciente con sospecha de isquemia
- c) Aumento del dolor torácico
- d) Desarrollo de bloqueo de rama que no puede distinguirse de una taquicardia ventricular

74.-Señale la respuesta falsa respecto a la interpretación del electrocardiograma de la prueba de esfuerzo en pacientes que toman glucósidos digitálicos:

- a) Los digitálicos pueden dar falsos positivos en la prueba de esfuerzo
- b) Disminuyen las especificidad
- c) La ausencia de cambios en el segmento ST en reposo no elimina el efecto que tiene lugar durante el ejercicio
- d) Disminuyen la sensibilidad

75.- Se realiza un cateterismo cardíaco derecho a un paciente con hipertensión pulmonar y se obtienen los siguientes valores: PAP (presión arteria pulmonar) media superior a 25 mmHg, Presión de enclavamiento capilar pulmonar (PECP) superior a 15 mmHg, un gradiente entre la presión diastólica pulmonar y de la PECP menor de 7 mmHg y unas resistencias vasculares pulmonares (RVP) menores de 3 unidades Wood. ¿En qué grupo de la clasificación de la hipertensión pulmonar incluiría a este paciente?

- a) Grupo 1
- b) Grupo 2
- c) Grupo 3
- d) Grupo 4

76.-En un paciente con hipertensión pulmonar secundaria a enfermedad tromboembólica crónica ¿cuál es el hallazgo que no esperaría encontrar?

- a) En paraesternal eje corto cavidad ventricular con forma de D
- b) Aurícula derecha y ventrículo derecho dilatados
- c) Insuficiencia tricúspide con pendiente ascendente del chorro de insuficiencia lenta
- d) Disminución de la contractilidad del ventrículo derecho en región apical

77.-En relación con la genética de las distrofias musculares de Duchenne y Becker señale la respuesta correcta:

- a) Son trastornos autosómicos dominantes
- b) Son trastornos autosómicos recesivos
- c) Son trastornos recesivos ligados al cromosoma X
- d) Son trastornos ligados al cromosoma Y

78.- ¿Cuál es la arritmia más frecuente en la distrofia muscular de Duchenne?

- a) Taquicardia sinusal persistente o lábil
- b) Fibrilación auricular
- c) Flutter auricular

d) Arritmias ventriculares complejas

79.-En cuál de los siguientes síndromes es más frecuente la presencia de estenosis periférica de la arteria pulmonar?

- a) Síndrome de delección de 22q11
- b) Síndrome CHARGE
- c) Síndrome de Down
- d) Síndrome de Alagille

80.-¿Cuál de los siguientes defectos provoca cianosis central?

- a) Atresia tricuspídea
- b) Cor triatriatum
- c) Comunicación interauricular tipo ostium primun
- d) Comunicación interauricular tipo seno venoso

81.- ¿Cuál de las siguientes arritmias responde a un mecanismo de reentrada anatómicamente establecida?

- a) Ritmo idioventricular acelerado en el infarto agudo de miocardio.
- b) Taquicardia sinusal inapropiada.
- c) Flutter auricular típico.
- d) Taquicardia ventricular secundaria a la administración de catecolaminas en dosis elevadas.

82.-Respecto a la fisiopatología de la comunicación interventricular (CIV) señale la respuesta correcta:

- a) Una CIV restrictiva es un defecto que genera un gradiente de presión significativo entre los ventrículos izquierdos y derecho (cociente entre las presiones sistólicas pulmonar y aórtica superior a 0,40) y provoca un cortocircuito reducido ($Q_p/Q_s < 1,4/1$).
- b) Una CIV moderadamente restrictiva genera un cortocircuito moderado ($Q_p/Q_s = 1,4-2,2/1$) y un cociente entre las presiones sistólicas pulmonar y aórtica superior a 0,8.
- c) Una CIV no restrictiva o extensa produce un cortocircuito importante ($Q_p/Q_s > 2,2$) y un cociente entre las presiones sistólicas pulmonar y aórtica inferior a 0,33.

- d) En una CIV de Eisenmenger existe un cociente entre las presiones sistólicas pulmonar y aórtica de 1 y un Q_p/Q_s inferior a 1/1.

83.-¿Cuál de los siguientes es compatible con la existencia de un conducto arterioso persistente de grado moderado?

- a) Soplo continuo y $Q_p/Q_s < 1,5/1$
- b) Soplo continuo y Q_p/Q_s de 1,5-2,2/1
- c) $Q_p/Q_s > 2,2/1$
- d) Ausencia de soplo continuo, hipertensión pulmonar e hipoxemia diferencial

84.-¿Cuál de los siguientes hallazgos en el electrocardiograma (ECG) se puede encontrar en un paciente con un conducto arterioso persistente de grado moderado?

- a) Ondas Q con onda T negativa en II, III y AVF
- b) Ondas Q profundas con ondas R altas y ondas T picudas en V5 y V6
- c) Hipertrofia ventricular izquierda
- d) Hipertrofia ventricular derecha

85.-En relación con la coartación aórtica, ¿cuál de las siguientes lesiones es la que se asocia con menos frecuencia a la coartación aórtica?

- a) Válvula aórtica bicúspide
- b) Comunicación interventricular
- c) Estenosis mitral
- d) Estenosis subaórtica

86.- Señale la respuesta falsa respecto al síndrome del corazón izquierdo hipoplásico

- a) Esta denominación debe usarse solo para referirse a pacientes con un corazón con concordancia auriculoventricular y ventriculoarterial
- b) La manifestación clínica es colapso circulatorio y acidosis láctica grave
- c) A menudo hay que aplicar medidas para aumentar la resistencia pulmonar
- d) Según la situación, se puede optar por un tratamiento quirúrgico por fases o por trasplante cardíaco.

87.- Señale cuál de las siguientes intervenciones puede ser una opción terapéutica en un paciente con síndrome del corazón izquierdo hipoplásico:

- a) Cirugía con procedimiento de Norwood
- b) Cirugía con la técnica de Rastelli
- c) Cirugía de Konno modificada
- d) Cirugía con la técnica de Jatene

88.- Los cuatro componentes de la tetralogía de Fallot son:

- a) Comunicación intraventricular (CIV) por la salida ventricular ("outlet"), obstrucción a la salida del ventrículo derecho, aorta cabalgante (< 5%) e hipertrofia ventricular derecha
- b) Comunicación intraventricular (CIV) por la salida ventricular ("outlet"), obstrucción a la salida del ventrículo derecho, CIA tipo ostium secundum y aorta cabalgante (<5%)
- c) Comunicación intraventricular (CIV) muscular, CIA tipo ostium secundum, atresia tricúspide y aorta cabalgante (<5%)
- d) Comunicación intraventricular (CIV) muscular, obstrucción a la salida del ventrículo derecho, aorta acabalgante (<5%) e hipertrofia ventricular derecha

89.- Respecto a las anomalías de las arterias coronarias asociadas con la tetralogía de Fallot señale la respuesta falsa

- a) Se detectan anomalías en la trayectoria de las arterias coronarias en el 5% de los casos, aproximadamente.
- b) La anomalía más frecuente es el nacimiento de la arteria descendente anterior a partir de la arteria coronaria derecha.
- c) El origen del tronco coronario principal izquierdo suele estar rotado en la dirección contraria a las manecillas del reloj.
- d) La arteria descendente anterior puede seguir una trayectoria anterior y atravesar el tracto de salida del ventrículo derecho.

90.- En los pacientes con insuficiencia mitral secundaria señale la OPCIÓN VERDADERA:

- a) La reducción de la insuficiencia mitral secundaria mejora la supervivencia de los pacientes.
- b) La evaluación de la severidad de insuficiencia mitral secundaria durante el ecocardiograma intraoperatorio es suficiente para decidir la necesidad o no de reparación.

- c) La sustitución valvular es la técnica quirúrgica preferida de tratamiento.
- d) La reparación percutánea de borde con borde (Mitraclip) para la insuficiencia mitral secundaria tiene una eficacia para reducir la insuficiencia mitral inferior a la de la cirugía.

91.-En el estudio del paciente con cardiopatía congénita, señale cual de los siguientes es una característica propia del ventrículo derecho morfológico

- a) Punta no trabeculada
- b) Falso tendón
- c) Conexión con la aurícula donde drena la vena cava superior
- d) Inserción inferior (apical) de la válvula tricúspide

92.-Señale la respuesta falsa en relación al isomerismo de las aurículas:

- a) La presencia de dos aurículas morfológicamente izquierdas se asocia a poliesplenia
- b) Las anomalías cardíacas suelen ser menos graves cuando las dos aurículas son morfológicamente derechas en comparación con los casos con las dos aurículas morfológicamente izquierdas
- c) Los pacientes con las dos aurículas morfológicamente izquierdas a menudo sufren una malrotación intestinal
- d) Cuando las dos aurículas son morfológicamente derechas el hígado se sitúa en la línea media

93.- Señale la respuesta correcta respecto al enfoque segmentario de la ecocardiografía en las cardiopatías congénitas:

- a) Cuando la aorta queda a la izquierda de la columna y la vena cava inferior a la derecha de la misma, existe un situs inversus abdominal.
- b) Un situs solitus auricular significa que la aurícula morfológicamente derecha está en el lado derecho y la aurícula morfológicamente izquierda en el lado izquierdo
- c) El drenaje venoso sistémico y pulmonar define la morfología auricular
- d) Cuando la aorta queda a la derecha de la columna vertebral y la vena cava inferior a la izquierda, está presente un situs solitus abdominal y con toda probabilidad, el correspondiente situs solitus auricular

94.-Señale la respuesta incorrecta respecto a las opciones terapéuticas quirúrgicas en la transposición completa de grandes vasos (D-TGA)

- a) La septostomía auricular neonatal con catéter es un tratamiento paliativo previo a la cirugía correctora.
- b) En la operación de Senning se realiza una conmutación auricular
- c) La supervivencia con la intervención de Rastelli es muy superior a la supervivencia con la técnica de Mustard.
- d) La técnica de Nikaidoh está indicada en algunas formas de D-TGA con comunicación interventricular y estenosis pulmonar.

95.-¿Cuál de las siguientes anomalías es infrecuente que se asocie a una transposición de grandes vasos congénitamente corregida?

- a) Comunicación interventricular
- b) Estenosis pulmonar o subpulmonar
- c) Anomalías en la válvula auriculoventricular sistémica
- d) Estenosis subaórtica

96.-Señale la respuesta correcta respecto a la D transposición de grandes arterias (D-TGA)

- a) La D-TGA es más frecuente que la transposición de grandes arterias corregida congénitamente.
- b) Aproximadamente dos tercios de los pacientes con D-TGA presenta anomalías importantes asociadas.
- c) El 5% de los pacientes nacen con bloqueo auriculoventricular completo.
- d) En los pacientes sin anomalías asociadas no es necesaria la cirugía.

97.-Señale la respuesta falsa respecto al tronco arterioso

- a) Se acompaña siempre de una CIV
- b) La válvula del tronco suele ser tricúspide pero es cuatricúspide en aproximadamente un tercio de los pacientes
- c) Se observa estenosis de la válvula troncal en el 50% de los pacientes
- d) A menudo, se acompaña de un cayado aórtico en el lado derecho

98.- Señale la falsa respecto a la clasificación anatómica del tronco arterioso:

- a) En el tipo I existe un tronco pulmonar separado parcialmente, de longitud variable, que da origen a las arterias pulmonares izquierda y derecha.
- b) En el tipo II las arterias pulmonares nacen por separado, pero muy cerca una de otra, de la cara posterior del tronco
- c) En el tipo III cada una de las arterias pulmonares nace de forma separada de una de las caras laterales del tronco.
- d) En el tipo IV cada una de las arterias pulmonares nace de forma separada de una de las caras laterales del tronco con una única arteria coronaria.

99.-¿Cuál de los siguientes síndromes se acompaña más frecuentemente de tronco arterioso persistente?

- a) Síndrome de Turner
- b) Síndrome de Di George
- c) Síndrome de Noonan
- d) Síndrome de Williams

100.- Señale cuál de las siguientes es la complicación menos frecuente de la técnica de Fontan:

- a) Fibrilación auricular
- b) Flutter auricular
- c) Enteropatía con pérdida de proteínas
- d) Complicaciones tromboembólicas

101.-Respecto a la cirugía de “switch” o cambio arterial en pacientes con D transposición de grandes arterias, ¿cuál es la secuela crónica más frecuente?

- a) Insuficiencia progresiva de la válvula neoaórtica
- b) Estenosis arterial suprapulmonar
- c) Estenosis del ostium de la coronaria derecha
- d) Estenosis del ostium del tronco coronario izquierdo

102.-Indique cuál de las siguientes técnicas quirúrgicas puede tener como secuela el desarrollo de fístulas arteriovenosas pulmonares:

- a) "Switch" auricular tipo Senning
- b) Técnica de Rastelli
- c) Intervención de Norwood
- d) Intervención clásica de Glenn

103.- En que enfermedad cerebrovascular aguda es más frecuente que se produzca una prolongación del QT?

- a) Traumatismo craneoencefálico
- b) Ictus isquémico
- c) Hemorragia subaracnoidea
- d) Hematoma subdural

104.-Indique en que enfermedad de las mencionadas a continuación es más frecuente la aparición de miocarditis:

- a) Síndrome de Guillain-Barré
- b) Miastenia grave
- c) Síndrome de Andersen-Tawil
- d) Parálisis periódica hiperpotasémica

105.- La anomalía cardíaca más frecuente en las atrofas musculares espinales de tipos I y III es:

- a) Válvula aórtica bicúspide
- b) Defecto del tabique auricular
- c) Ductus arterioso persistente
- d) Coartación aórtica

106.- La ley de Frank-Starling establece:

- a) A mayor volumen de llenado ventricular mayor capacidad de contracción.
- b) A mayor volumen de llenado ventricular menor capacidad de contracción.

- c) A menor volumen de llenado ventricular mayor capacidad de contracción.
- d) La fórmula de la tensión parietal del VI.

107.- Respecto a la circulación coronaria es cierto:

- a) La adenosina contribuye a la vasoconstricción durante la isquemia aguda.
- b) La hipercapnia y acidosis arteriales son potentes estímulos que inducen vasodilatación coronaria.
- c) La papaverina es un vasoconstrictor coronario de acción muy corta.
- d) El tromboxano A2 es un potente vasodilatador coronario.

108.- En relación con la inspección y palpación del latido cardiaco (señale la correcta):

- a) Debe localizarse en el 5º espacio intercostal izquierdo línea medio-clavicular
- b) En pacientes obesos o musculados puede no ser palpable.
- c) Si existe crecimiento del ventrículo izquierdo se desplaza a la izquierda y hacia abajo.
- d) a, b y c son correctas.

109.- El pulso *parvus et tardus* es característico de:

- a) Estenosis Aórtica significativa.
- b) Insuficiencia Aórtica significativa.
- c) Taponamiento cardiaco.
- d) Anemia

110.- El pulso paradójico (señale la falsa):

- a) Es la caída de > 10 mmHg de la presión sistólica con la inspiración.
- b) Es un signo de Taponamiento Cardiaco.
- c) Puede aparecer en Neumotórax a tensión.
- d) Es típico de la Insuficiencia Aórtica Grave.

111.- El primer tono cardiaco S1 corresponde:

- a) Al cierre de las válvulas tricúspide y mitral.
- b) A la apertura de las válvulas tricúspide y mitral.
- c) Al cierre de las válvulas aórtica y pulmonar.
- d) A la contracción auricular.

112.- El soplo de Carey-Coombs:

- a) Es un soplo sistólico típico de la estenosis aórtica.
- b) Es un soplo mesodiastólico característico de la fiebre reumática aguda.
- c) Es un soplo diastólico típico de la insuficiencia tricuspídea.
- d) Es un soplo telesistólico presente en la CIV.

113.- El soplo de Austin Flint puede auscultarse en:

- a) Estenosis pulmonar.
- b) Estenosis Aórtica.
- c) Derrame pericárdico.
- d) Insuficiencia Aórtica grave o excéntrica.

114.- El intervalo PR en el electrocardiograma:

- a) Representa la activación auricular.
- b) Representa la activación ventricular.
- c) Representa la repolarización ventricular.
- d) Representa la conducción enlentecida en el nodo AV y la repolarización auricular.

115.- Son criterios de hipertrofia de Ventrículo Derecho las siguientes excepto:

- a) R alta en $V_1 > 0,6$ mV.
- b) R/S aumentado en $V_1 > 1$.
- c) S en $V_1 + R$ en $V_5 > 3,5$ mV.
- d) S profunda en $V_5 > 1$ mV.

116.- En cuanto a las anomalías auriculares en el ECG (señala la falsa):

- a) Una onda P > 120 ms en la derivación II es criterio de crecimiento auricular izquierdo.
- b) Una onda P $> 0,25$ mV en la derivación II es criterio de crecimiento auricular derecho.
- c) Muecas en la onda P en la derivación II de > 40 ms sugieren crecimiento auricular derecho.
- d) Todas son ciertas.

117.- La hipopotasemia produce los siguientes cambios electrocardiográficos excepto:

- a) Aplanamiento onda T.
- b) Prominencia onda U.
- c) Elevación del ST.
- d) Prolongación QT.

118.- En cuanto a la fisiopatología de la insuficiencia cardiaca, es correcto:

- a) La activación neurohormonal y el remodelado del ventrículo izquierdo son los determinantes primarios fundamentales de la progresión de la enfermedad.
- b) La activación del sistema nervioso simpático produce vasodilatación y bradicardia.
- c) La activación del sistema renina-angiotenisa induce aumento de perfusión renal.
- d) La endotelina-1 es un potente vasodilatador.

119.- En cuanto al diagnóstico de insuficiencia cardiaca es correcto:

- a) La presencia de signos y síntomas compatibles es suficiente para hacer el diagnóstico.
- b) La presencia de un NT-probnp de 70 pg/mL confirma el diagnóstico.
- c) El ecocardiograma puede ser completamente normal en casos de insuficiencia cardiaca con función sistólica conservada.
- d) Es preciso demostrar elevación de péptidos natriuréticos y alteración ecocardiográfica para realizar el diagnóstico.

120.- En un paciente con IC y FEVI reducida con tratamiento médico optimizado a dosis máximas y que presenta cifras de TA de 180/90 puede añadirse uno de los siguientes fármacos (señala la correcta):

- a) Amlodipino.
- b) Verapamilo.
- c) Diltiazem.
- d) Doxazosina.

121.- Todos los siguientes son criterios de terapia de resincronización excepto:

- a) Paciente con Miocardiopatía Dilatada idiopática con FEVI 35% y BAV 3º.
- b) Paciente con disfunción ventricular (FEVI 34%) con coronarias normales, tratamiento médico optimizado a pesar de lo cual refiere disnea de esfuerzos habituales que presenta en el ECG BRI y QRS con una duración de 160 ms.
- c) Paciente con fibrilación auricular crónica, con BRI en ECG y duración de 150 ms, con FEVI 50% y en clase funcional I NYHA (asintomático)
- d) Paciente 83 años, con buen estado biológico, con Miocardiopatía dilatada con FEVI del 34%, tratamiento médico optimizado que

persisten en clase funcional III NYHA, con ECG que muestra ritmo sinusal y BRI con QRS 155 ms.

122.- En el paciente sometido a trasplante cardiaco es correcto:

- a) El tratamiento inmunosupresor se basa en glucocorticoides combinados con inhibidores de la calcineurina más antiproliferativos.
- b) El rechazo celular agudo está mediado por linfocitos.
- c) a, b y d son correctas
- d) El rechazo crónico o fallo tardío del injerto se debe al deterioro progresivo e irreversible del injerto meses o años tras el trasplante

123.- De las siguientes circunstancias señale aquella que no implica contraindicación para trasplante cardiaco:

- a) Infección activa.
- b) Enfermedad renal grave irreversible.
- c) Obesidad grave con IMC >35 pretrasplante.
- d) Edad >70 años.

124.- Paciente con miocardiopatía dilatada de origen no isquémico que refiere en consulta disnea de esfuerzos moderados, con TA 145/87 mmHg, FC 60 lpm en ritmo sinusal con QRS estrecho, analítica dentro de límites normales, con FEVI en el último ecocardiograma de 38%, en tratamiento actual con: enalapril 10 mg, bisoprolol 5 mg, espironolactona 25 mg, cuál sería el siguiente paso en el tratamiento:

- a) Añadir ivabradina.
- b) Añadir digoxina.
- c) Suspender enalapril y a las 36 horas iniciar sacubitrilo-valsartan.
- d) Suspender bisoprolol puesto que presenta síntomas secundarios a betabloqueo.

125.- En relación con la Displasia arritmogénica del ventrículo derecho: señala la falsa:

- a) Menos del 10% presenta afectación biventricular.
- b) Se caracteriza por sustitución fibrograsa del miocardio.
- c) Se desaconseja realizar actividad deportiva a los pacientes afectos.
- d) Los betabloqueantes se han recomendado como potencialmente útiles en todos los pacientes afectos.

126.- La afectación cardiológica de la enfermedad de Fabry (señala lo correcto):

- a) Es una enfermedad ligada al cromosoma Y
- b) La presencia de PR corto en fases iniciales es frecuente en el electrocardiograma.
- c) La biopsia endomiocárdica es imprescindible para el diagnóstico.
- d) Se produce por acumulación lisosomal secundaria a exceso de alfa-galactosidasa-A.

127.- Son marcadores de mal pronóstico en miocardiopatía hipertrófica los siguientes excepto:

- a) Espesor septal < 12 mm.
- b) Realce tardío de gadolinio difuso en la RMC.
- c) Presencia de TV no sostenidas en registro Holter.
- d) Historia de síncope no explicado.

128.- En relación con la miocardiopatía hipertrófica obstructiva es cierto:

- a) La obstrucción en el tracto de salida del ventrículo izquierdo es fija y con gradientes invariables.
- b) La obstrucción en el tracto de salida del ventrículo izquierdo es dinámica y se debe al movimiento sistólico del velo anterior mitral.
- c) El gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo aumenta con tratamiento betabloqueante.
- d) El gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo disminuye con la maniobra de Valsalva.

129.- En relación con las enfermedades sistémicas y la afectación cardiaca, señale lo falso:

- a) La enfermedad de Kawasaki afecta principalmente a pacientes en la cuarta década de la vida.
- b) La endocarditis de Libman-Sacks es característica del lupus eritematoso sistémico.
- c) La prevalencia de Hipertensión Arterial pulmonar en el Lupus eritematoso sistémico se estima entre el 0.5 y el 17.5%
- d) En pacientes con Hipertensión pulmonar y Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos anticardiolipina positivos se recomienda anticoagulación oral.

130.- ¿Cuál de las siguientes NO es una causa conocida de insuficiencia tricuspídea primaria?:

- a) Endocarditis infecciosa en pacientes adictos a drogas vía parenteral
- b) Síndrome carcinoide.
- c) Hipertensión pulmonar.
- d) Traumatismo torácico.

131.- En cuanto a la aplicación de la manipulación genética a nivel cardiovascular, señale la OPCIÓN VERDADERA:

- a) El ejemplo del PCSK9 es ilustrativo de un caso satisfactorio de transferencia del ámbito de la genética cardiovascular al de la aplicación clínica.
- b) Los ensayos clínicos de los PCSK9 demostraron una escasa reducción de las concentraciones sanguíneas de C-LDL.
- c) Los avances en la genética humana han sido escasos y lentos en los últimos años.
- d) De momento los avances en medicina genética cardiovascular no han tenido aplicaciones en la práctica clínica.

132.- En los tumores cardiacos, señale la OPCIÓN VERDADERA:

- a) Ante una masa cardiaca, el diagnóstico más frecuente es el de tumor cardiaco.
- b) La presencia de una masa apical diferenciada de la pared miocárdica con alteración grave del movimiento de esa pared sugiere como primera opción una lesión metastásica.
- c) La hipertrofia lipomatosa del septo es un tipo de tumor cardiaco primario benigno.
- d) Los pacientes postoperados de mixoma precisan seguimiento durante toda la vida.

133.- En cuanto al uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACO) en los pacientes con fibrilación auricular no valvular, señale la OPCIÓN FALSA:

- a) Los estudios aleatorizados clínicos han puesto de manifiesto que los NACO son no inferiores o superiores a la warfarina en cuanto a eficacia y seguridad.
- b) El riesgo de hemorragia intracraneal es casi un 50% menor con los NACO que con la warfarina.
- c) Los NACO presentan mayor interacción con los alimentos, por lo que hay que tomarlos en ayunas.
- d) Los NACO tienen un comienzo rápido de la acción, lo que elimina la necesidad de un tratamiento de transición.

134.- Sobre la tomografía computerizada cardiaca, señale la opción falsa:

- a) La cuantificación de calcio en las arterias coronarias se realiza sin la administración de contraste.
- b) El valor pronóstico del calcio en las arterias coronarias es incremental con los factores de riesgo clínico para enfermedad arterial coronaria.
- c) Una puntuación de Agatston igual a 0 tiene el mismo valor predictivo negativo en pacientes asintomáticos que en pacientes sintomáticos.
- d) Una frecuencia cardiaca baja mejora la interpretación diagnóstica de las imágenes.

135.- En cuanto al taponamiento cardiaco, señale la OPCION VERDADERA:

- a) El pulso paradójico es un signo presente en el taponamiento cardiaco definido como una caída de 10 mmHg de la presión arterial sistólica con la espiración
- b) Los derrames pericárdicos idiopáticos leves (<10 mm) suelen ser asintomáticos y de buen pronóstico y no precisan monitorización
- c) La depresión diastólica final de la pared lateral del ventrículo derecho y la variación inspiratoria del flujo transmitral >15% son dos signos típicos de taponamiento por ecocardiografía
- d) Se produce frecuentemente en los pacientes con pericarditis aguda

136.- En la endocarditis infecciosa asociada a dispositivos intracardiacos, señale la OPCIÓN FALSA:

- a) La duración del tratamiento antibiótico es de 4 a 6 semanas en la mayoría de los casos.
- b) El diagnóstico se basa en el resultado de los hemocultivos y del ecocardiograma.
- c) Suele tratarse con antibioterapia prolongada sin extracción completa del dispositivo.
- d) La embolia pulmonar es frecuente durante la extracción percutánea del dispositivo, sobre todo en los casos con grandes vegetaciones.

137.- En la endocarditis infecciosa, señale la OPCION FALSA:

- a) La insuficiencia cardiaca es una complicación frecuente y la segunda causa de indicación de cirugía en esta enfermedad.
- b) La cirugía está indicada en pacientes con insuficiencia aórtica o mitral aguda grave sin clínica de insuficiencia cardiaca, pero con signos ecocardiográficos de aumento de la presión telediastólica ventricular izquierda.
- c) La extensión perivalvular es la causa más frecuente de infección incontrolada.
- d) La infección persistente se define como la persistencia de fiebre y hemocultivos positivos tras 7-10 días de tratamiento antibiótico.

138.- Cuál de las siguientes NO ES UNA CONTRAINDICACIÓN para la valvuloplastia mitral percutánea:

- a) Área valvular mitral $>1.5 \text{ cm}^2$
- b) Insuficiencia mitral mayor que leve
- c) Fusión comisural
- d) Calcificación grave o bicomisural

139.- En el diagnóstico ecocardiográfico de la estenosis aórtica señale la OPCIÓN FALSA:

- a) En la estenosis aórtica de gradiente alto (área valvular $< 1 \text{ cm}^2$, gradiente medio $> 40 \text{ mmHg}$), se puede confirmar la presencia de estenosis aórtica grave independientemente de que la FEVI o el flujo sean normales o reducidos.
- b) En la estenosis aórtica con flujo y gradiente bajo y fracción de eyección (FEVI) reducida (área valvular $< 1 \text{ cm}^2$, gradiente medio $< 40 \text{ mmHg}$, FEVI $< 50\%$, índice volumen-latido [IVL] $\leq 35 \text{ ml/m}^2$) se recomienda la ecocardiografía con dobutamina a dosis crecientes hasta $40 \text{ microgramos/kg/minuto}$ para diferenciarla de la pseudoestenosis aórtica.
- c) La estenosis aórtica con flujo y gradiente bajo y FEVI conservada (área valvular $< 1 \text{ cm}^2$, gradiente medio $< 40 \text{ mmHg}$, FEVI $> 50\%$, índice volumen-latido [IVL] $\leq 35 \text{ ml/m}^2$), se encuentra típicamente en ancianos y se asocia con un tamaño ventricular pequeño, hipertrofia del VI significativa e historia de hipertensión.
- d) La estenosis aórtica con flujo normal, gradiente bajo y FEVI conservada (área valvular $< 1 \text{ cm}^2$, gradiente medio $< 40 \text{ mmHg}$, FEVI $> 50\%$, índice volumen-latido [IVL] $> 35 \text{ ml/m}^2$) suele corresponder en realidad a una estenosis aórtica moderada.

140.- ¿Cuál de las siguientes NO ES UNA INDICACIÓN para la intervención en la estenosis aórtica?:

- a) Pacientes sintomáticos con estenosis aórtica grave de gradiente alto (gradiente medio $\geq 40 \text{ mmHg}$ o velocidad pico $\geq 4,0 \text{ m/s}$)
- b) Pacientes asintomáticos con estenosis aórtica grave y resultados anormales en la prueba de esfuerzo que muestran síntomas durante el ejercicio claramente relacionados con la estenosis aórtica.
- c) Pacientes asintomáticos con estenosis aórtica grave y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección $< 50\%$) no atribuible a otra causa.
- d) Pacientes sintomáticos con estenosis aórtica grave de flujo y gradiente bajos ($< 40 \text{ mmHg}$) con fracción de eyección reducida y sin evidencia de reserva de flujo (sin reserva contráctil) con un score de calcio por TC cardiaco de 1000.

141.- ¿Cuál de las siguientes recomendaciones en la evaluación de la insuficiencia tricuspídea secundaria ES FALSA?:

- a) Debe medirse el anillo tricuspídeo mediante ecocardiografía.
- b) El cateterismo cardiaco está indicado en los casos en los que se contemple la cirugía aislada sobre la válvula tricúspide.
- c) Si se realiza cateterismo cardiaco izquierdo, debe evaluarse también la severidad de la insuficiencia tricuspídea durante el procedimiento.
- d) La resonancia magnética (RM) es la técnica de referencia para la evaluación de los volúmenes y función ventricular derecha.

142.- ¿Qué radiomarcador de Tomografía de Emisión de Positrones (PET) se emplea para el diagnóstico de infección sobre válvulas protésicas cardiacas?

- a) ^{18}F -fluoro-2-desoxiglucosa.
- b) ^{13}N -amoníaco.
- c) ^{82}Rb .
- d) ^{15}O .

143.- Con respecto al shock cardiogénico en el infarto de miocardio, señale la opción correcta:

- a) En la mayoría de los casos la causa es una complicación mecánica del infarto.
- b) Es más frecuente en pacientes sin antecedentes de infarto previo.
- c) Se caracteriza por unas resistencias vasculares sistémicas elevadas.
- d) La mayoría de los pacientes con infarto y shock tienen enfermedad de un único vaso

144.- Según las guías de revascularización miocárdica del año 2018, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre los pacientes con infarto con elevación del segmento ST (SCAEST) que se presentan a las 13 horas del inicio de los síntomas es correcta?:

- a) La angioplastia primaria debe considerarse sistemáticamente en todos los pacientes (indicación IIa)
- b) En los pacientes mayores de 80 años no hay beneficio en realizar la coronariografía.
- c) La ICP primaria está indicada si hay síntomas o signos de isquemia, inestabilidad hemodinámica o arritmias potencialmente mortales (indicación IIa).
- d) La mayoría de los pacientes se benefician de iniciar tratamiento con inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa.

145.- Sobre los pacientes con infarto con elevación del ST que se someten a intervencionismo coronario, señale la falsa:

- a) Deben recibir tratamiento con ácido acetil salicílico y un bloqueador del receptor P2Y12 tan pronto como se establezca el diagnóstico.
- b) Se recomienda el uso sistemático de anti-GPIIb/IIIa por vía intravenosa o intracoronaria en los casos no pretratados con inhibidores del P2Y12.
- c) Después de la ICP se recomienda mantener la doble antiagregación (ácido acetil salicílico y un bloqueador del receptor P2Y12) durante 12 meses.
- d) En los casos de alto riesgo hemorrágico debe considerarse la suspensión del tratamiento con un inhibidor del P2Y12 después de 6 meses.

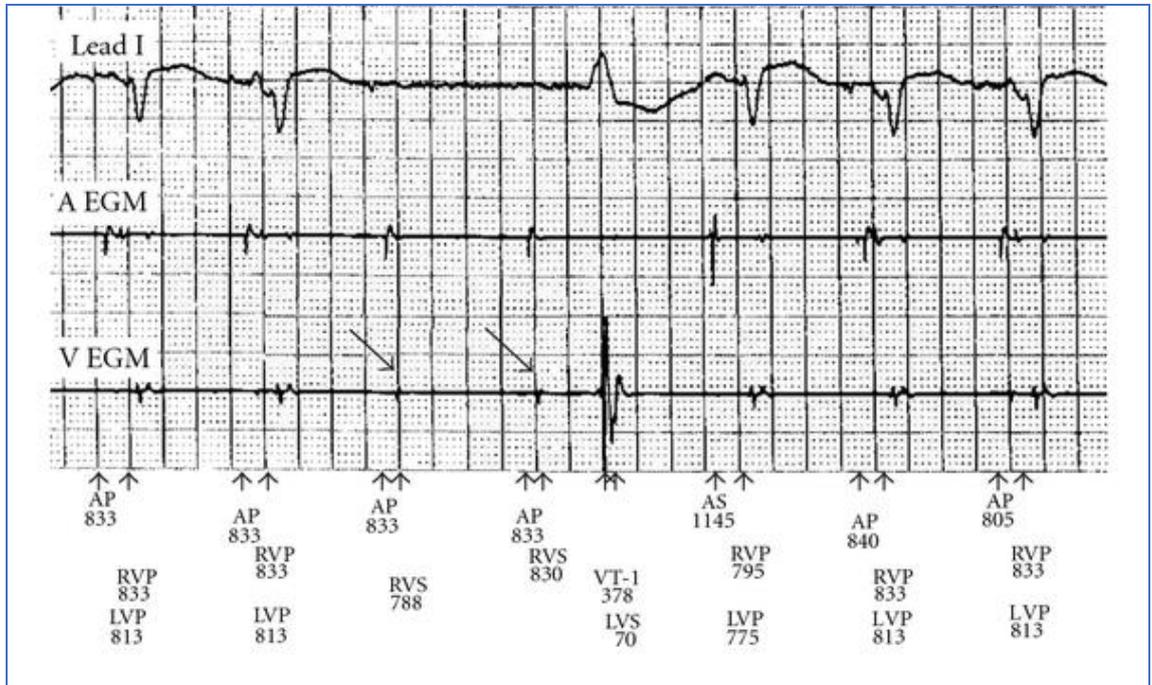
146.- Sobre la disección de la arteria mamaria interna, señale la falsa:

- a) La técnica de injerto esqueletizado permite obtener conductos más largos.
- b) La técnica de injerto esqueletizado ofrece mayor versatilidad.
- c) La técnica de injerto esqueletizado aporta mayor flujo sanguíneo,
- d) La técnica de injerto esqueletizado aumenta el riesgo de complicaciones de la herida esternal.

147.- En relación con las taquicardias supraventriculares por reentrada a través de una vía accesoria oculta, indique la afirmación correcta:

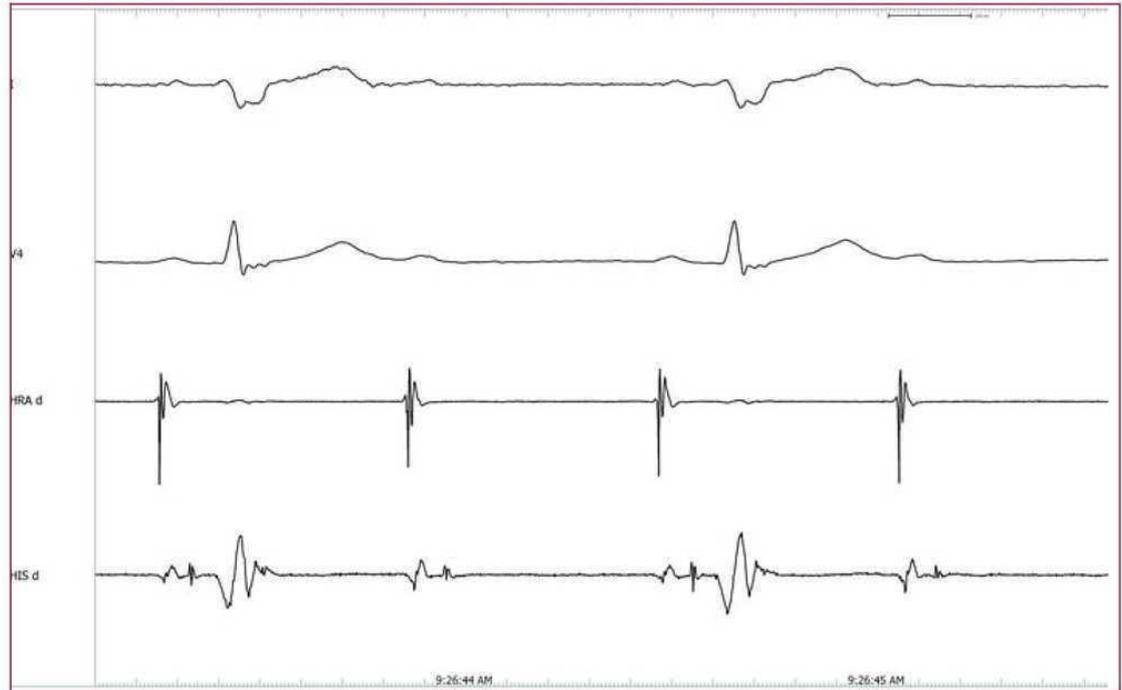
- a) Su mecanismo es una macroreentrada.
- b) La prolongación de la longitud de ciclo de la taquicardia en más de 35 ms durante un bloqueo de rama contralateral es diagnóstico de la existencia de una vía accesoria de pared libre.
- c) El intervalo Ventrículo-Atrial septal en taquicardia es inferior a 50 ms.
- d) a y b son correctas.

148.- La imagen muestra los trazados de un paciente portador de marcapasos DDD. Arriba se muestra el ECG (derivación DI), en medio el electrograma atrial y abajo el electrograma ventricular. ¿Cuál es el diagnóstico correcto?



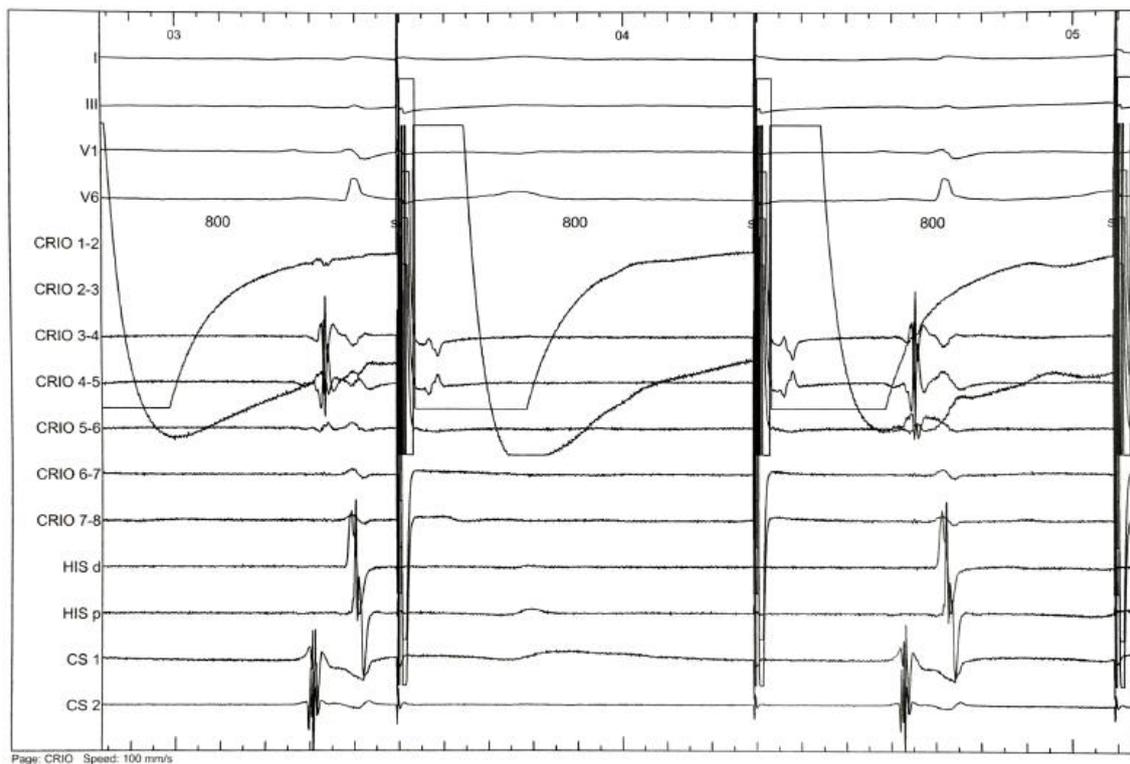
- Fractura del electrodo ventricular.
- Fallo de captura del electro atrial y del electrodo ventricular.
- Sobresensado ventricular de la actividad eléctrica atrial.
- Crosstalk ventricular.

149.- La imagen muestra el trazado de un sujeto con síncope de repetición. Se registró de forma espontánea durante un estudio electrofisiológico. La secuencia se repite continuamente. Se muestran: arriba dos derivaciones del ECG (DI y aVL), HRA corresponde con el registro del electrograma de la aurícula derecha y HISd con el registro de un catéter emplazado en la zona del haz de His. ¿Cuál es el diagnóstico correcto?



- Bloqueo AV infrasiano.
- Bloqueo AV de segundo grado tipo Mobitz I.
- Bloqueo AV suprahisiano.
- Disociación auriculoventricular.

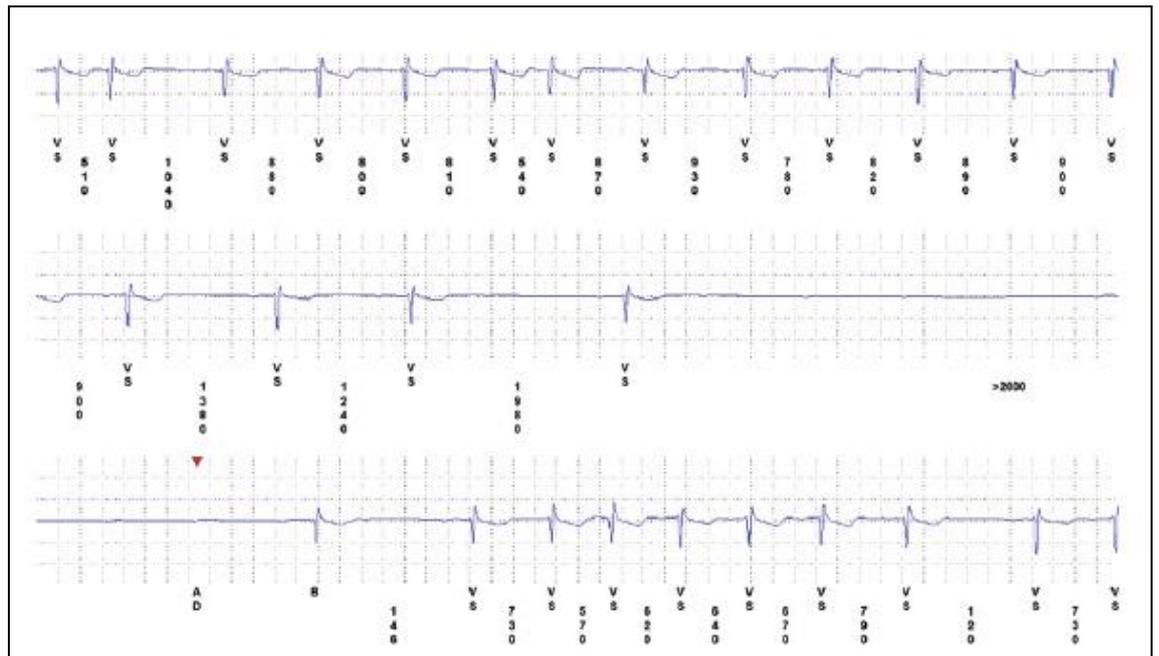
150.- La imagen muestra los trazados de una paciente tras ser sometida a una criablación con balón de venas pulmonares. Se muestran (de arriba abajo): 4 derivaciones del EGC, registros de electrogramas con catéter circular dentro de la vena pulmonar superior izquierda (Crio 1-2 a 7-8), electrogramas de ventrículo derecho de (Hisp y Hisd) y de seno coronario (CS 1,2 y 3,4), durante estimulación dentro de la vena. Indique la afirmación correcta.



- a) Se aprecia conducción veno-atrial intermitente.
- b) Existe bloqueo de entrada en la vena, pero no de salida.
- c) Existe captura local y bloqueo de salida de la vena pulmonar.
- d) No se puede afirmar que exista bloqueo de salida, porque no hay captura local.

PREGUNTAS DE RESERVA PARTE ESPECÍFICA

151.-La figura muestra el registro de un holter implantable durante un episodio sincopal en un sujeto con antecedentes de síncope de origen desconocido.



¿Cuál es el diagnóstico más adecuado?

- a) Síncope reflejo.
- b) Fibrilación auricular.
- c) Bradiarritmia sintomática.
- d) Artefacto por infrasensado.

152.-Señale la respuesta incorrecta respecto al aparato subvalvular mitral:

- a) Las cuerdas que parten del músculo anterolateral se insertan en los segmentos A1, P1 y la mitad de A2 y P2.
- b) Las cuerdas de primer orden salen directamente del miocardio ventricular y se insertan en la base de las valvas.
- c) El músculo papilar anterior tiene doble irrigación: descendente anterior y circunfleja.
- d) El músculo papilar posterior está irrigado por la coronaria derecha o la circunfleja dominante, pero no simultáneamente.

153.- Respecto al empleo del Estudio Electrofisiológico en sujetos con síncope y sospecha de origen arrítmico, indique la afirmación falsa:

- a) Está indicado el implante de un marcapasos en sujetos con bloqueo bifascicular y HV >70 ms tras la administración de procainamida.
- b) Está indicado el implante de un marcapasos en sujetos con bloqueo bifascicular y bloqueo AV infrahisiano de segundo grado producido con estimulación atrial incremental.
- c) En pacientes con infarto de miocardio previo, escara documentada y FEVI deprimida, la inducción de fibrilación ventricular con 3 extraestímulos es un hallazgo inespecífico.
- d) En pacientes con infarto de miocardio previo, escara documentada y FEVI preservada, la inducción de taquicardia ventricular monomórfica es un hallazgo específico.

154.-Ante una crisis de hipoxia paroxística en un paciente con tetralogía de Fallot no es recomendable

- a) Administrar morfina
- b) Que el paciente adopte la posición genupectoral.
- c) Administrar betabloqueantes.
- d) Administrar fármacos vasodilatadores.

155.- ¿En cuál de las siguientes situaciones NO existe evidencia basada en ensayos clínicos de que el desfibrilador automático implantable reduzca la mortalidad súbita o arrítmica?

- a) Pacientes con miocardiopatía dilatada de origen no isquémico, FEVI menor al 30% y CF II (NYHA).
- b) Pacientes con infarto de miocardio crónico, FEVI preservada y taquicardia ventricular monomórfica bien tolerada.
- c) Pacientes con infarto de miocardio crónico, FEVI preservada y taquicardia ventricular monomórfica sincopal.
- d) Pacientes con infarto de miocardio de menos de 40 días, FEVI menor al 35% y reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca.

156.- Respecto a las taquicardias ventriculares con origen en el anillo mitral, indique la respuesta correcta:

- a) Son la forma más frecuente de taquicardia ventricular idiopática del ventrículo izquierdo.
- b) Su ECG presenta una morfología de bloqueo de rama derecha y transición tardía del QRS (en V4 o V5).

- c) Su ECG presenta una onda S en V6.
- d) Responden a un mecanismo de reentrada que involucra también la pared lateral del ventrículo izquierdo.

157.- En la miocardiopatía hipertrófica (señale lo falso):

- a) En ECG es frecuente encontrar signos de HVI y T negativas en precordiales laterales
- b) La resonancia magnética cardiaca es útil para el diagnóstico diferencial con corazón de atleta.
- c) La presencia de antecedentes de muerte súbita en familiares de primer grado y síncope inexplicado en paciente afecto podría ser indicación de implante de desfibrilador en prevención primaria.
- d) La presencia de realce tardío de gadolinio en la resonancia magnética es un dato de buen pronóstico.

158.- Sobre los hallazgos histológicos y ultraestructurales en el infarto de miocardio, señale la opción falsa:

- a) La necrosis por coagulación suele aparecer en la región central de los infartos.
- b) La necrosis por bandas de contracción se observa en la periferia de los infartos de gran tamaño.
- c) La necrosis por bandas de contracción es más amplia en los infartos transmurales que en los no transmurales.
- d) El primer grupo celular que se acumula en el miocardio infartado son los neutrófilos.

159.- Señale la respuesta incorrecta respecto al desarrollo embriológico del corazón:

- a) El tronco arterioso origina la aorta ascendente y el tronco de la arteria pulmonar.
- b) El seno venoso da lugar a una parte de la aurícula izquierda y el nodo sinoauricular.
- c) El ventrículo primitivo da lugar al ventrículo izquierdo.
- d) El bulbo cardíaco origina el ventrículo derecho.

160.-En relación con la enfermedad de Chagas, señala la afirmación correcta:

- a) Es una miocardiopatía causada por el *Equinococcus granulosus*.
- b) Es endémica de países centroeuropeos.
- c) En la fase crónica con afectación cardíaca suelen observarse síntomas de insuficiencia cardíaca y trastornos del ritmo (bloqueo AV y de rama).
- d) No existe transmisión congénita madre-hijo.

161.- Según las guías de revascularización coronaria del año 2018, con respecto a la revascularización en el infarto con elevación del ST, señale la falsa:

- a) La arteria responsable del infarto (ARI) debe tratarse sistemáticamente durante la intervención inicial.
- b) La aspiración manual sistemática de trombos frente a la ICP convencional no ha demostrado beneficio clínico en los subgrupos de pacientes con riesgo trombótico alto.
- c) Se recomienda la ICP limitada a la lesión culpable como estrategia sistemática para los pacientes con IAM y *shock* cardiogénico.
- d) Los stents farmacoactivos deben emplearse sistemáticamente, excepto cuando no sea posible mantener la doble antiagregación durante más de un mes.

162.-Respecto a la etiología de las cardiopatías congénitas señale la respuesta falsa:

- a) La ingesta de litio durante la gestación se asocia a anomalías de la válvula tricúspide
- b) En el síndrome alcohólico fetal son frecuentes los defectos del tabique interventricular
- c) La exposición a talidomida de la gestante se asocia a ductus arterioso persistente
- d) La incidencia de tetralogía de Fallot con atresia pulmonar es más frecuente en los hijos de madres diabéticas

PREGUNTAS DE RESERVA PARTE GENERAL

163.-Según lo previsto en el artículo 17 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información sanitaria, la gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, se realizará a través de:

- a) El servicio de Personal
- b) La Dirección de Gestión y Asuntos Generales
- c) La Dirección Médica
- d) La unidad de admisión y documentación clínica.

164.- Según el artículo 10.1 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información sanitaria, dentro de la información que el facultativo debe proporcionar al paciente, antes de recabar el consentimiento escrito, no se encuentra:

- a) Las contraindicaciones
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente
- c) La posibilidad de dictar instrucciones previas.
- d) los riesgos probables en condiciones normales directamente relacionados con el tipo de intervención

165.- Conforme al capítulo III, artículo 15 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales El empresario aplicará las medidas que integren el deber general de prevención con arreglo a los siguientes principios generales, señale la respuesta correcta:

- a) Adoptar medidas que protejan la salud individual de los trabajadores.
- b) Combatir los riesgos en su origen
- c) El empresario desarrollará acciones puntuales en materia de prevención
- d) No se podrán concertar operaciones de seguro