



PROCESO SELECTIVO DE INGRESO, POR EL SISTEMA GENERAL DE ACCESO LIBRE, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, TITULADO/A SANITARIO/A, Y TÉCNICO/A TITULADO/A SUPERIOR EN LA RED HOSPITALARIA DE LA DEFENSA

## ESPECIALIDAD: **CARDIOLOGÍA**

---

### IMPORTANTE

#### ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 150 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas no tendrán valoración alguna y las preguntas contestadas erróneamente restarán un cuarto del valor asignado a la respuesta correcta. **La puntuación máxima posible, correspondiente a 150 aciertos, será de 50 puntos.** Para superar el ejercicio será necesario alcanzar la puntuación mínima de 25 puntos. Tiempo de realización de la prueba es de **180 min.**
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida una nueva al equipo colaborador.
6. Rellene los Datos de filiación en la hoja de respuesta.
7. Prohibido el uso de calculadoras, teléfonos móviles y/o cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
8. No se permitirá abandonar el examen hasta que hayan pasado 30 minutos desde su inicio, ni 10 minutos antes de su finalización.
9. Es obligatoria la firma en el listado de aspirantes, a la entrega de la hoja de respuesta.



**PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO**



1. En pacientes que van a ser sometidos a radioterapia, cuando el volumen incluya el corazón:
  - A) Se debe realizar una estimación del riesgo de enfermedad fatal y no fatal a 10 años con el SCORE 2 (Clase I, nivel de evidencia B).
  - B) Se debe realizar un ecocardiograma a todo paciente de alto riesgo (Clase I, nivel de evidencia C).
  - C) Se recomienda realizar una resonancia magnética a todo paciente con enfermedad cardiovascular previa (Clase I, nivel de evidencia C).
  - D) No se recomienda hacer ningún screening previo al tratamiento con radioterapia (Clase III, nivel de evidencia B).
  
2. El parto en la mujer con cardiopatía:
  - A) Debe inducirse a las 39 semanas de gestación para reducir el riesgo de cesárea de urgencia.
  - B) Se prefiere la cesárea programada al parto vaginal, en la mayoría de los casos, excepto casos seleccionados.
  - C) Tanto el misoprostol como la dinoprostona se pueden usar con seguridad para inducir el parto.
  - D) Las mujeres anticoaguladas (sin incluir las portadoras de prótesis mecánicas) con cesárea planificada, pueden omitir la dosis terapéutica de heparina de bajo peso molecular las 24h previas a la cirugía.
  
3. Son pacientes potencialmente candidatos al implante de una asistencia ventricular aquellos con síntomas persistentes a pesar de tratamiento médico óptimo y terapias de dispositivo, sin disfunción severa ventricular derecha y/o regurgitación tricúspidea severa, con un entorno psicosocial estable y sin contraindicaciones mayores que presenten además una de las siguientes excepto:
  - A) FEVI menor o igual del 25% y le sea imposible realizar ejercicio físico debido a la insuficiencia cardíaca.
  - B) Dependientes de medicación inotrópica intravenosa o asistencia mecánica circulatoria temporal.
  - C) 5 o más hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en los 12 meses anteriores sin que se objetive una causa precipitante.
  - D) Fallo multiorgánico progresivo (empeoramiento de función hepática y/o renal, hipertensión pulmonar grupo II, caquexia cardíaca) debido a hipoperfusión y no a una inadecuada presión de llenado izquierda.
  
- 4.Cuál de los siguientes constituye un criterio indispensable para el diagnóstico de infarto de miocardio según la definición universal:
  - A) Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG.
  - B) Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable
  - C) Detección de un aumento y/o disminución de troponina cardíaca de alta sensibilidad
  - D) Trombo intracoronario detectado en angiografía o autopsia.



5. Cuál de los siguientes fármacos no requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal:
- A) Tirofiban
  - B) Enoxaparina
  - C) Bivalirudina
  - D) Fondaparinux (evitándolo en pacientes con filtrado <20 mL/min)
6. Respecto a los regímenes antitrombóticos en pacientes con síndrome coronario agudo e indicación de anticoagulación oral, es falso que:
- A) La estrategia predeterminada recomendada en la mayoría de los pacientes es proseguir anticoagulación en monoterapia a partir del sexto mes.
  - B) El metanálisis ha encontrado una reducción absoluta de los episodios hemorrágicos mayores con un aumento absoluto de la trombosis del stent, sin efecto sobre el MACE global.
  - C) En el ensayo AUGUSTUS, el tratamiento con aspirina no afectó las tasas de eventos isquémicos después de 30 días.
  - D) En general, no se recomienda el uso de prasugrel o ticagrelor como parte de la triple terapia antitrombótica.
7. Respecto a la estrategia invasiva temprana en el síndrome coronario agudo (<24 h de la presentación), cuál de las siguientes no es correcta:
- A) Reduce significativamente el riesgo de isquemia recurrente.
  - B) Reduce significativamente la duración de la estancia hospitalaria.
  - C) Reduce significativamente el riesgo de infarto de miocardio no fatal.
  - D) Todas las anteriores son correctas.
8. En un paciente con parada cardiaca no presenciada, con paciente inconsciente y sin signos de circulación espontánea, ¿cuál es la actitud prioritaria ante la primera atención por personal capacitado para realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar?:
- A) Iniciar ventilaciones de rescate
  - B) Monitorizar el ritmo
  - C) Aplicar masaje cardiaco
  - D) Administrar adrenalina intravenosa
9. Cuál de las siguientes no se considera una técnica de “doble stent” en Bifurcación:
- A) Provisional stenting
  - B) Minicrush
  - C) Culotte
  - D) TAP-stenting.
10. Paciente de 66 años que ingresa por síndrome coronario agudo con elevación de segmento ST objetivando en coronariografía urgente lesión severa en arteria descendente media que se revasculariza con stent farmacoactivo, y enfermedad moderada en coronaria derecha media. En el ecocardiograma presenta función sistólica de ventrículo izquierdo normal, sin valvulopatías y aurícula izquierda ligeramente dilatada. Se realiza en planta una analítica para control de factores de riesgo y entre los valores obtenidos se encuentra: Glu (ayunas)123mg/dl, HbA1c 6,6%. Señale la respuesta



CORRECTA teniendo en cuenta las recomendaciones de las guías europeas de práctica clínica más reciente y la evidencia científica:

- A) Se podría establecer el diagnóstico de diabetes y en este caso los fármacos con mayor nivel de indicación serían los inhibidores del cotransportador de sodio -glucosa tipo 2 (ISGLT 2) y los inhibidores de péptido similar a glucagón tipo 1 (iGLP1).
  - B) Se puede establecer un diagnóstico de prediabetes, por lo que por el momento no precisa medicación, aunque sí vigilancia estrecha, siendo recomendable repetir control en 6 meses.
  - C) Se podría establecer el diagnóstico de diabetes siendo el fármaco de primera línea para el tratamiento la metformina.
  - D) Se puede establecer un diagnóstico de prediabetes, siendo recomendable realizar un nuevo control en 6 meses añadiendo un test de sobrecarga oral de glucosa, ya que podría haberse tratado de una hiperglucemia de estrés. En este caso los fármacos con mayor evidencia sería el grupo farmacológico de los inhibidores de la dipeptil peptidasa 4 (iDPP4).
11. Respecto a la miocardiopatía hipertrófica, señala la opción FALSA:
- A) La rentabilidad diagnóstica del test genético en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) es aproximadamente del 30 al 60% significativamente mayor cuando existe historia familiar de hipertrofia, inicio precoz de la enfermedad y mayor severidad.
  - B) Las variantes patogénicas identificadas con mayor frecuencia se encuentran en los genes MYH7 y MYBPC3 y supone el 80% de los casos en los que se alcanza un diagnóstico genético.
  - C) Existen hasta 57 genes que se han asociado a la MCH tanto de origen en el sarcomero como relacionado con síndromes que presentan hipertrofia ventricular izquierda.
  - D) De estos 18 genes han sido clasificados como definitivos para el diagnóstico genético de MCH.
12. Son datos sugerentes de que la hipertensión arterial puede ser de causa secundaria los siguientes, excepto:
- A) Manchas café con leche a la exploración cutánea.
  - B) Asimetría de pulsos entre pulsos radiales y femorales
  - C) IMC elevado con perímetro de cintura elevado
  - D) Hipopotasemia espontánea asociada a episodios de debilidad muscular
13. Tras un síndrome coronario agudo en un atleta de competición de deportes de alta intensidad:
- A) Tiene absolutamente contraindicada la vuelta a su deporte.
  - B) 1 semana tras el evento puede retornar a su práctica deportiva habitual.
  - C) Se recomienda evaluación individualizada repitiendo coronariografía y prueba de detección de isquemia.
  - D) Se recomienda valoración individualizada con ecocardiograma, prueba de esfuerzo o ergoespirometría.
14. Respecto a la valoración de riesgo cardiovascular en las siguientes situaciones clínicas, señale lo INCORRECTO:
- A) Se recomienda que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tengan evaluación de la presencia de factores de riesgo cardiovascular.
  - B) Se recomienda que los pacientes con tratamiento oncológico activo tengan evaluación de la presencia de factores de riesgo cardiovascular.



- C) Se recomienda multiplicar por 1.5 el riesgo cardiovascular obtenido en los pacientes con artritis reumatoide.
- D) Las mujeres con diabetes gestacional no precisan de una reevaluación posterior de su riesgo cardiovascular, puesto que al finalizar la gestación se recupera la normogluceemia.
15. Respecto al uso de la escala de riesgo SCORE 2 propuesta por las guías europeas de prevención cardiovascular para la estimación del riesgo en el paciente sano, señale la CORRECTA:
- A) Se consideran 3 regiones europeas de riesgo (riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto)
- B) Para el cálculo es necesario conocer el colesterol no HDL.
- C) Los valores de corte de cada categoría de riesgo difieren según la edad estableciendo 3 puntos de corte: <40 años, de 41-60 años y de 61 a 75 años.
- D) Predice el riesgo de enfermedad cardiovascular mortal a los 5 años.
16. Le envían a consulta una paciente para descartar hipertensión puesto que se sospecha que pueda presentar hipertensión de bata blanca. Respecto al diagnóstico de hipertensión SEÑALE LA CORRECTA:
- A) En consulta la definición de hipertensión arterial se establece con tensión arterial sistólica mayor a 130 mmHg y diastólica mayor a 90 mmHg.
- B) En un holter de tensión arterial (MAPA) si la media de tensión arterial de 24h es tensión arterial sistólica mayor 130 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor a 80 mmHg se puede realizar diagnóstico de hipertensión arterial.
- C) En un holter de tensión arterial (MAPA) si la media de tensión arterial nocturna es tensión arterial sistólica 130 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor a 80 mmHg se puede realizar diagnóstico de hipertensión arterial.
- D) En un holter de tensión arterial (MAPA) si la media de tensión arterial diurna es tensión arterial sistólica 130 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor a 80 mmHg se puede realizar diagnóstico de hipertensión arterial.
17. Respecto a las recomendaciones sobre el tratamiento de la enfermedad coronaria en pacientes con valvulopatía, es falso que:
- A) Se recomienda la coronariografía antes de la cirugía valvular en varones >40 años (clase I).
- B) En pacientes con baja probabilidad de enfermedad coronaria, debe considerarse la angio-TC como alternativa a la coronariografía invasiva (clase IIa).
- C) Se recomienda la cirugía de revascularización para los pacientes con una indicación primaria de cirugía valvular y estenosis coronaria >70% del diámetro (clase I).
- D) Se recomienda intervencionismo coronario para los pacientes con indicación primaria de TAVI y estenosis coronaria > 70% del diámetro en segmentos proximales (clase I).
18. La recomendación para usar Vericiguat en pacientes con insuficiencia cardíaca en clase funcional III-IV de la NYHA que han empeorado a pesar del tratamiento con IECA (o ARNI), betabloqueante y antagonista del receptor de la aldosterona para reducir el riesgo de mortalidad cardiovascular u hospitalización por insuficiencia cardíaca es:
- A) Clase I, nivel de evidencia C.
- B) Clase I, nivel de evidencia B.
- C) Clase IIa, nivel de evidencia A.
- D) Clase IIb, nivel de evidencia B.



19. En cuanto al tratamiento de las arritmias supraventriculares en la paciente embarazada todo es cierto excepto:
- A) Se recomienda la cardioversión eléctrica inmediata para el tratamiento de cualquier taquicardia con inestabilidad hemodinámica y la fibrilación auricular con preexcitación (Clase I, nivel de evidencia C).
  - B) Para la conversión de la taquicardia supraventricular paroxística se recomienda la maniobra vagal, seguida de adenosina si aquella fracasara (Clase I, nivel de evidencia C).
  - C) Se puede considerar la ibutilida o la flecainida para la terminación del flutter auricular y la fibrilación auricular en pacientes estables sin cardiopatía estructural (Clase IIb, nivel de evidencia C).
  - D) Se recomienda la ablación por catéter con sistemas de cartografía electroanatómica en centros con experiencia para tratar los casos de TSV resistentes a los fármacos y mal toleradas (Clase I, nivel de evidencia C).
20. El momento óptimo para considerar aplicar estrategias para la prevención de la enfermedad cardiovascular en pacientes con cáncer es:
- A) Cuando aparecen los primeros síntomas de enfermedad cardiovascular.
  - B) En el momento del diagnóstico del cáncer.
  - C) Tras iniciar el tratamiento oncológico.
  - D) Tras finalizar el tratamiento oncológico.
21. Entre las recomendaciones para implante de desfibrilador automático implantable (DAI) en pacientes con miocardiopatía, se encuentran todas excepto:
- A) Se recomienda asesorar a los pacientes sobre el riesgo de descargas inapropiadas, las complicaciones del implante, las implicaciones sociales, ocupacionales y de conducción del dispositivo (Clase I, nivel de evidencia C).
  - B) Solo se recomienda implantar un DAI en pacientes con expectativa de supervivencia superior a 5 años y con buena calidad (Clase I, nivel de evidencia C).
  - C) En prevención primaria, se recomienda el uso de algoritmos/puntuaciones de muerte súbita cardíaca validados, cuando estén disponibles como ayuda a la toma de decisiones en pacientes con Miocardiopatía hipertrófica (Clase I nivel de evidencia B).
  - D) En prevención secundaria, se debe considerar el implante de DAI en pacientes con miocardiopatía que presenten taquicardias ventriculares hemodinámicamente toleradas, en ausencia de causas reversibles (Clase IIa, nivel de evidencia C).
22. En el manejo del shock cardiogénico que complica el infarto de miocardio, cuál de las siguientes no es correcta:
- A) Se aconseja angioplastia inmediata únicamente de la arteria culpable.
  - B) En caso de angioplastia fallida, la cirugía no es una opción dado el alto riesgo de mortalidad.
  - C) En shock cardiogénico grave o refractario se puede considerar el soporte circulatorio mecánico de corta duración.
  - D) La implementación inmediata de oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial no ha demostrado mejorar los resultados clínicos.



- 23.Cuál de las siguientes recomendaciones no es correcta dentro del manejo de la estenosis aórtica grave sintomática:
- A) Se recomienda intervenir a los pacientes con flujo bajo, gradiente bajo, fracción de eyección reducida y evidencia de reserva de flujo (clase I)
  - B) Debe considerarse intervenir a los pacientes con flujo bajo, gradiente bajo y fracción de eyección normal (clase IIa)
  - C) Debe considerarse intervenir a los pacientes con flujo bajo, gradiente bajo, fracción de eyección reducida, sin reserva de flujo (clase IIa)
  - D) Debe considerarse el TAVI no transfemoral para pacientes no operables que no son candidatos a TAVI transfemoral (clase IIa)
24. ¿Qué tipo de necrosis es característica del infarto agudo de miocardio?
- A) Necrosis licuefactiva.
  - B) Necrosis coagulativa.
  - C) Necrosis caseosa.
  - D) Necrosis fibrinoide.
25. Respecto a las miocardiopatías, señala la respuesta FALSA:
- A) La presentación común de la sobrecarga de hierro ocurre en forma de miocardiopatía restrictiva en las primeras fases, que evoluciona hacia una miocardiopatía dilatada sin poder evitarlo.
  - B) La mortalidad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en la sobrecarga miocárdica de hierro.
  - C) Múltiples causas pueden llevar a la sobrecarga miocárdica de hierro: hemocromatosis, hemoglobinopatías (alfa y beta talasemia, anemia de células falciformes, etc.) y síndromes mielodisplásicos entre otras.
  - D) Existen marcadores analíticos de sobrecarga de hierro (saturación de transferrina mayor del 55% o ferritina superior a 200-300 ng/ml) aunque su especificidad es baja.
26. Respecto a los estudios que exploraron el acortamiento de la terapia antiplaquetaria doble, cual que las siguientes no es correcta:
- A) Se incluyeron pacientes con riesgo isquémico generalmente bajo a intermedio
  - B) El IAMCEST tendió a estar excluido o infrarrepresentado.
  - C) En el brazo experimental habitualmente se utilizó monoterapia con aspirina.
  - D) MÁSTER DAPT se llevó a cabo en pacientes con alto riesgo de sangrado (HBR).
27. En los pacientes con hipertensión arterial no controlada existen varias situaciones de alto riesgo en las que el control de la PA es esencial para minimizar el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares las situaciones. Entre ellas encontramos todas excepto:
- A) Pacientes con frecuentes crisis hipertensivas.
  - B) Pacientes con mala adherencia al tratamiento farmacológico.
  - C) Pacientes con lesión orgánica mediada por hipertensión arterial.
  - D) Pacientes de moderado riesgo cardiovascular.
28. En la miocardiopatía periparto:
- A) Se presenta con IC derecha secundaria a la disfunción sistólica del ventrículo derecho.



- B) Con frecuencia las pacientes presentan IC aguda, y también se han descrito arritmias ventriculares complejas y parada cardíaca súbita.
- C) El método de imagen preferido para valorar la función cardíaca en estos casos es la resonancia magnética nuclear.
- D) El VD puede estar o no dilatado y el TAPSE se encuentra siempre reducido por debajo de 13.
29. ¿Cuál de los siguientes factores no se asocia a un riesgo alto de padecer preeclampsia?:
- A) Síndrome antifosfolípido.
- B) Diabetes mellitus 1 o 2.
- C) Edad > de 40 años.
- D) Enfermedad renal crónica.
30. Respecto a las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el manejo del tratamiento antitrombótico perioperatorio de los pacientes que se someten a cirugía no cardíaca, señale la falsa:
- A) Se recomienda el uso de HBPM como alternativa a la HNF para el tratamiento puente de los pacientes con válvulas cardíacas mecánicas y riesgo quirúrgico alto.
- B) Para procedimientos con riesgo hemorrágico intermedio o alto en pacientes tratados con un NACO, se recomienda un régimen de transición que esté basado en el compuesto del NACO, la función renal y el riesgo de sangrado.
- C) Se recomienda suspender inmediatamente el tratamiento con NACO cuando sea necesaria una intervención quirúrgica urgente.
- D) Se recomienda el tratamiento puente de la anticoagulación oral para pacientes con riesgo trombótico bajo o moderado que se van a someter a CNC.
31. El fallo en el funcionamiento de un dispositivo cardíaco por exposición a radioterapia se puede manifestar como:
- A) Una interferencia transitoria, con descarga inapropiada solamente durante la irradiación.
- B) Un reinicio hacia la configuración inicial, recuperable con la reprogramación del dispositivo.
- C) En raras ocasiones un daño permanente al dispositivo por irradiación directa.
- D) Todas son verdaderas
32. Se recomienda la estimulación cardíaca en cardiopatía congénita para los pacientes con bloqueo auriculo ventricular congénito completo o de alto grado, si presenta uno de los siguientes factores de riesgo excepto:
- A) Ectopia ventricular compleja
- B) Frecuencia cardíaca media diurna < 50 lpm
- C) Intervalo QT prolongado
- D) Ritmo de escape con QRS estrecho
33. Respecto a la miocardiopatía no compactada (MCNC), elige la opción INCORRECTA:
- A) Se define por un miocardio que presenta una capa con trabéculas ventriculares prominentes y recesos profundos y una capa fina compactada bajo éstas.
- B) Se recomienda el estudio genético de formas de MCNC en pacientes asintomáticos.



- C) Según un metaanálisis reciente, varios de los genes asociados a la MCNC se han descrito también en otras miocardiopatías, especialmente la dilatada (TTN, MYH7, MYBPC3).
- D) La presentación clínica de la MCNC es muy variable. Existe una triada de manifestaciones típicas de MCNC, constituida por IC, arritmias y eventos embólicos, aunque hasta un 30% de los pacientes pueden persistir totalmente asintomáticos.
34. Respecto a la farmacología de los antiplaquetarios, señale la falsa:
- A) Ticagrelor: efecto directo y reversible
  - B) Prasugrel: suspensión 7 días antes de cirugía mayor
  - C) Cangrelor: Inhibidor reversible y de acción corta de la GP IIb/IIIa
  - D) Clopidogrel: profármaco oral
35. En cuanto al tratamiento del déficit de hierro en los pacientes con insuficiencia cardiaca:
- A) Se recomienda administración de suplementos de hierro intravenoso con caboximaltosa férrica o derisomaltosa férrica a todos los pacientes sintomáticos con IC-FEp y déficit de hierro (Clase IA).
  - B) Se debe considerar la administración de suplementos de hierro intravenoso con caboximaltosa férrica o derisomaltosa férrica a pacientes sintomáticos con IC-FEr o IC-FElr y déficit de hierro para reducir el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Clase IIaA).
  - C) Se debe considerar la administración de suplementos de hierro intravenoso a pacientes sintomáticos con IC-FEr o IC-FElr y déficit de hierro para aliviar los síntomas de insuficiencia cardiaca y mejorar la calidad de vida (Clase IIaA).
  - D) Se debe considerar la reposición del hierro por vía oral en pacientes sintomáticos con IC-FElr y déficit de hierro para aliviar los síntomas de insuficiencia cardiaca y mejorar la calidad de vida (Clase IIaA).
36. En pacientes con hipertensión arterial candidatos a técnica de denervación renal, debemos realizar varios estudios previos. De ellos algunos son necesarios y otros son recomendables. De los siguientes señale cuál no es necesario, solo recomendable:
- A) Imágenes de anatomía renal por TC o RMN.
  - B) Polisomnografía.
  - C) Estudio MAPA 24h.
  - D) Descartar causas de hipertensión secundaria.
37. Respecto al tratamiento de la hipertensión arterial, señale la INCORRECTA:
- A) Se recomienda iniciar el tratamiento con una combinación farmacológica de 2 fármacos de primera línea en un único comprimido (excepto en pacientes frágiles, y en pacientes de bajo riesgo con HTA grado 1).
  - B) En caso de no conseguir objetivos de control con 2 fármacos, se recomienda la adición de un tercero, idealmente en un único comprimido.
  - C) En caso de no conseguir control con 3 fármacos se recomienda la combinación de IECA y ARA 2 para potenciar su efecto.
  - D) En caso de no conseguir control con 3 fármacos se recomienda añadir espironolactona, o si no se tolera añadir amilorida, betabloqueante o alfa bloqueantes.
38. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO se encuentra en la miocardiopatía restrictiva?
- A) Función sistólica normal o ligeramente reducida.



- B) Presiones de llenado izquierda y derecha elevadas.  
C) Movimiento sistólico anterior de la válvula mitral.  
D) Bajo voltaje y alteraciones de la conducción en el electrocardiograma.
39. Según las guías europeas de diabetes y enfermedad cardiovascular de 2023, en un paciente diabético, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida, ni lesión de órgano diana se debe realizar una estimación del riesgo cardiovascular. Respecto a las escalas para el cálculo del riesgo que se pueden utilizar para ello, responda la CORRECTA:
- A) La escala SCORE 2 sería la recomendada acorde a estas guías porque permite estimar el riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años.  
B) La escala SCORE 2 sería la recomendada puesto que se puede utilizar también en pacientes de más de 70 años para estimar el riesgo de mortalidad cardiovascular a 5 años.  
C) La escala SCORE 2-Diabetes sería la recomendada puesto que permite estimar el riesgo de enfermedad cardiovascular fatal y no fatal a 10 años.  
D) La escala SCORE 2- Diabetes sería la recomendada puesto que permite estimar el riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años.
40. Respecto a la valoración ecocardiográfica en insuficiencia aórtica SEVERA, señale la CORRECTA:
- A) Está contraindicada la realización de ejercicio físico de intensidad media o alta de forma recreativa si la FEVI <50% o hay presencia de arritmias  
B) En ecocardiografía transtorácica es sugestivo de severidad una vena contracta >3mm.  
C) En la valoración con ecocardiograma no es preciso medir volúmenes ventriculares.  
D) Si en ecocardiografía se objetiva inversión sistólica del flujo en aorta descendente es muy sugestivo de severidad.
41. Respecto a la valoración lipídica del paciente con enfermedad cardiovascular señale la INCORRECTA:
- A) La medición de lipoproteína A tiene un grado de recomendación IIa en las últimas Guías Europeas de lípidos de 2019.  
B) Se recomienda la medición de apoB particularmente en los pacientes con triglicéridos elevados, diabetes, obesidad o síndrome metabólico.  
C) Se recomienda la evaluación de colesterol no HDL para evaluar el riesgo en pacientes con triglicéridos elevados, diabetes, obesidad o niveles de colesterol LDL muy bajos.  
D) El cálculo de colesterol LDL por fórmula de Friedewald se realiza a partir del colesterol total restando los triglicéridos.
- 42.Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al tratamiento perioperatorio de los pacientes que se someten a cirugía no cardíaca según las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología:
- A) Los pacientes con DAI desactivado temporalmente deben tener monitorización electrocardiográfica continua y estar acompañados por personal entrenado en la detección y el tratamiento de las arritmias durante el periodo perioperatorio.  
B) Para pacientes de alto riesgo (p. ej., dependientes de marcapasos o portadores de DAI), o si el acceso al torso puede ser difícil durante la cirugía, se recomienda colocar parches transcutáneos de estimulación eléctrica o desfibrilación antes de la cirugía no cardíaca.



- C) En todos los pacientes con dispositivos cardíacos implantables que han sido reprogramados antes de la cirugía, se recomienda revisar y reprogramar el dispositivo lo antes posible después de la cirugía
- D) En caso de indicación de marcapasos según la guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de cardiología de 2021 sobre estimulación cardíaca y terapia de resincronización, en ningún caso debe aplazarse la cirugía no cardíaca y considerarse el implante de marcapasos permanente.
43. Dentro de las recomendaciones en la Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) para el control del riesgo de ictus antes, durante y después de la ablación con catéter, señale la FALSA:
- A) Para pacientes con FA y factores de riesgo de ictus que no toman ACO antes de la ablación, se recomienda que el control del riesgo de ictus incluya la instauración de anticoagulación periprocedimiento, preferiblemente ACO terapéuticos al menos las 3 semanas previas a la ablación
- B) Para pacientes que se van a someter a ablación con catéter de la FA y han recibido anticoagulación terapéutica con warfarina, dabigatrán, rivaroxabán, apixabán o edoxabán, se recomienda realizar el procedimiento de ablación sin interrumpir los ACO
- C) Después de la ablación con catéter de la FA, se recomienda que la anticoagulación sistémica con warfarina o un NACO se mantenga durante al menos 3 meses.
- D) Después de la ablación con catéter de la FA, la anticoagulación sistémica a largo plazo (2 meses tras la ablación) se base en el perfil de riesgo de ictus del paciente y no en el éxito o el fracaso aparente del procedimiento de ablación.
44. De las complicaciones del implante de marcapasos y resincronizador, señale la menos frecuente:
- A) Hemotórax
- B) Lesión del plexo braquial
- C) Neumotórax
- D) Trombosis venosa profunda
45. En el tratamiento de las taquicardias ventriculares durante el embarazo, la guía ESC 2018 sobre el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo recomienda las siguientes, excepto:
- A) Para la conversión aguda de la TV sostenida, monomórfica y hemodinámicamente estable (p. ej., TV idiopática), se debe considerar un bloqueador beta, el sotalol, la flecainida, la procainamida o la sobrestimulación ventricular.
- B) El DAI (preferiblemente monocameral), cuando tenga indicación clínica, se debe implantar antes del embarazo. Si surge una indicación clínica durante el embarazo, se recomienda el implante del DAI guiada por ecocardiografía, especialmente si el feto tiene más de 8 semanas.
- C) Se recomiendan los bloqueadores beta durante el embarazo y el posparto de pacientes con SQTl o TV polimórfica catecolaminérgica.
- D) No se recomienda el tratamiento con bloqueadores beta o verapamilo, para la prevención de la TV sostenida idiopática cuando se asocie con síntomas graves o deterioro hemodinámico.



46. Respecto a la ecocardiografía en las endocarditis, señale la CORRECTA.
- A) Se debe realizar como técnica diagnóstica en el caso de fiebre de origen desconocido de >24 horas de evolución.
  - B) Se recomienda la realización de ecocardiografía transesofágica a todas las endocarditis sobre válvula nativa derecha objetivada en ecocardiograma transtorácico.
  - C) Se debería considerar la realización de un ecocardiograma en las bacteriemias por *Staphylococcus epidermidis* o *Enterococo faecium*.
  - D) Se recomienda la realización de ecocardiograma transesofágico para pasar de tratamiento antibiótico intravenoso a tratamiento antibiótico oral en el paciente estable.
47. En el algoritmo de manejo de la trombosis protésica obstructiva del lado izquierdo, señalar la opción incorrecta:
- A) Enfermo crítico → cirugía
  - B) Enfermo estable, anticoagulación inadecuada → heparina subcutánea más aspirina
  - C) Fracaso del tratamiento médico → cirugía
  - D) Cirugía de alto riesgo o no disponible → fibrinólisis
- 48.Cuál de los siguientes no constituye un criterio de intervención en la insuficiencia mitral primaria grave:
- A) Presión arterial pulmonar sistólica en reposo >40 mmHg
  - B) Diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo  $\geq 40$  mm
  - C) FEVI  $\leq 60\%$
  - D) Diámetro de aurícula izquierda  $\geq 55$  mm
49. En la elección de la técnica de revascularización, cuál de las siguientes recomendaciones es incorrecta:
- A) Enfermedad de 2 vasos afectando DA proximal: cirugía, clase I
  - B) Enfermedad de 3 vasos, no diabético, SYNTAX bajo (<23): intervencionismo percutáneo, clase I
  - C) Enfermedad de 3 vasos, no diabético, SYNTAX intermedio (23-32): intervencionismo percutáneo, clase IIb
  - D) Enfermedad de 3 vasos, no diabético, SYNTAX alto ( $\geq 33$ ): intervencionismo percutáneo, clase III
50. En pacientes con insuficiencia cardíaca el cateterismo cardíaco derecho:
- A) Está recomendado en pacientes que están siendo evaluados para trasplante cardíaco o asistencia mecánica (Clase I, nivel de evidencia C)
  - B) Está recomendado en pacientes cuya insuficiencia cardíaca parece causada por pericarditis constrictiva (clase I, nivel de evidencia C).
  - C) Está recomendado en pacientes con sospecha de hipertensión pulmonar en el ecocardiograma. (clase I, nivel de evidencia C).
  - D) Debe ser considerado en pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI preservada para confirmar el diagnóstico (clase IIa, nivel de evidencia C).
51. Entre las recomendaciones para el embarazo en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) se encuentran todas excepto:
- A) Se recomienda el cateterismo cardíaco derecho para confirmar el diagnóstico de HAP (grupo 1). Se puede realizar durante el embarazo con indicaciones muy estrictas (clase I, nivel de evidencia C).



- B) Se puede considerar el embarazo en pacientes con HAP tratadas con vasodilatadores pulmonares y antagonistas del receptor de endotelina, en situación de estabilidad clínica y hemodinámica (Clase IIb, nivel de evidencia C).
- C) Para pacientes embarazadas con HP tromboembólica crónica se recomienda usar heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas (Clase I, nivel de evidencia C).
- D) Si una paciente con HAP concibiera mientras está en tratamiento para la HP, se debe considerar la retirada de la medicación embriotóxica, teniendo en cuenta los riesgos de esta maniobra (clase IIa, nivel de evidencia C).
52. La biopsia endomiocárdica con cuantificación inmunohistoquímica de células inflamatorias e identificación de genomas virales sigue siendo la técnica de referencia para la identificación de la inflamación cardíaca. ¿Qué indicación tiene en pacientes con miocardiopatía?
- A) Se recomienda (Clase I).
- B) Se debe considerar (Clase IIa).
- C) Puede considerarse (Clase IIb).
- D) No se recomienda (Clase III).
53. En cuanto a la prevención de la enfermedad cardiovascular en pacientes con cáncer:
- A) Los pacientes que van a recibir tratamiento con antraciclinas o terapias anti-HER2 con riesgo alto o muy alto riesgo cardiovascular deben iniciar tratamiento preventivo con IECA/ARA II y betabloqueantes (clase I, nivel de evidencia C)
- B) Los pacientes con riesgo alto o muy alto de toxicidad cardiovascular que vayan a recibir tratamiento oncológico con alto riesgo de causar insuficiencia cardíaca deben ser tratados de forma preventiva con IECA/ARA II y betabloqueantes (clase I, nivel de evidencia A).
- C) Los pacientes con riesgo alto o muy alto de desarrollar toxicidad cardiovascular asociada al tratamiento oncológico deberían ser tratados con dexrazoxane (Clase I, nivel de evidencia B).
- D) En los pacientes con riesgo alto o muy alto de desarrollar toxicidad cardiovascular asociada al tratamiento oncológico, debería considerarse el tratamiento con estatinas (clase IIa, nivel de evidencia B).
54. Las pruebas genéticas en individuos con miocardiopatía se recomiendan para todo lo siguiente excepto:
- A) Para confirmar el diagnóstico.
- B) Para informar sobre el pronóstico.
- C) Para seleccionar el tratamiento.
- D) Para establecer el diagnóstico en un familiar con fenotipo negativo, de un paciente con miocardiopatía en ausencia de un diagnóstico genético seguro en la familia.
55. En cuanto a los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca es falso:
- A) Para los pacientes con diagnóstico de IC-FEr, independientemente del estado glucémico, se recomienda la dapagliflozina o la empagliflozina para reducir las hospitalizaciones por IC y muerte cardiovascular (clase IA).
- B) En pacientes con IC-FEIr se recomienda el uso de un inhibidor del SGLT2 (dapagliflozina o empagliflozina) para reducir el riesgo de la hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular (clase IA).



- C) En pacientes con IC-FEr La dapagliflozina y la empagliflozina entran en el primer escalón del algoritmo terapéutico, con el mismo nivel de recomendación que el bloqueo neurohormonal.
- D) En pacientes con IC-FEp se debe considerar el uso de un inhibidor del SGLT2 (dapagliflozina o empagliflocina) para reducir el riesgo de la hospitalización por insuficiencia cardiaca o muerte cardiovascular (clase IIaA).
56. Son contraindicaciones para el transplante cardiaco todas excepto:
- A) Infección activa.
  - B) Enfermedad oncológica con pronóstico malo a corto plazo.
  - C) Índice de masa corporal superior o igual a 30 kg/m<sup>2</sup>.
  - D) Enfermedad arterial periférica o cerebrovascular severa.
57. Paciente de 36 años estudiado por hipertensión arterial. En el ecocardiograma se aprecia un estrechamiento distal a la subclavia izquierda con un gradiente de presión de 24 mmHg, en relación al manejo del paciente cuál le parece más apropiado:
- A) Seguimiento clínico con ecocardiograma cada 6 meses
  - B) Seguimiento clínico con ecocardiograma cada 12 meses
  - C) Seguimiento clínico con ecocardiograma cada 24 meses
  - D) Valorar posibilidades de reparación
58. Con respecto a la Enfermedad de Fabry, señala la opción FALSA:
- A) Es el trastorno de depósito de glucógeno más frecuente con una herencia recesiva ligada a X.
  - B) Las manifestaciones clínicas cardíacas suelen aparecer en la tercera década de la vida en varones (aparición más tardía en mujeres) en forma de disnea, dolor torácico o palpitaciones.
  - C) El hallazgo típico en la resonancia cardíaca es la fibrosis intramiocárdica que afecta característicamente el segmento basal ínfero-lateral del VI. En las imágenes paramétricas, son típicos de esta enfermedad valores T1 precontraste bajos en segmentos de miocardio sin realce tardío.
  - D) Todas son incorrectas.
59. Respecto a la valoración ecocardiográfica de las miocardiopatías señale la respuesta INCORRECTA:
- A) La hipertrofia miocárdica se considera cuando el grosor de un segmento miocárdico es mayor o igual a 15 mm, y no se puede explicar por condiciones de sobrecarga.
  - B) Para el diagnóstico de hipertrofia en familiares de primer grado de un paciente con miocardiopatía hipertrofia se requieren grosores mayores a 15 mm en ecocardiograma.
  - C) Se debería evaluar en ecocardiograma la presencia de gradiente de obstrucción basal, con Valsalva en posición semisentado, sentado y de pie.
  - D) En paciente con miocardiopatía hipertrófica sintomáticos con gradiente de obstrucción <50 mmHg se debería hacer ecocardiograma de esfuerzo para detectar obstrucción a tracto de salida inducida por el esfuerzo o insuficiencia mitral inducida por ejercicio.
60. Respecto a la hipercolesterolemia familiar, señale la VERDADERA:
- A) La mutación más frecuente es en el gen que codifica los receptores de LDL, suponiendo una mal función o una pérdida de función del mismo.



- B) La mutación más frecuente es para el gen que codifica el PCSK9, suponiendo una pérdida de la función del mismo.
- C) La mutación más frecuente se produce en el gen que codifica para apo B, suponiendo una ganancia en la función del mismo.
- D) No se debe realizar estudio genético en cascada a familiares del caso índice.
61. Señale la afirmación FALSA en el tratamiento agudo de la taquicardia auricular multifocal en pacientes con estabilidad hemodinámica, según la Guía sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular de la Sociedad Europea de Cardiología de 2019:
- A) Se recomienda la anticoagulación, como en la FA, para pacientes con aleteo auricular y FA concomitantes
- B) Se recomienda la ibutilida i.v. o la dofetalida oral o i.v. (en hospital) para la conversión a ritmo sinusal en ausencia de prolongación del intervalo QTc
- C) No se recomienda la cardioversión eléctrica de baja energía ( $\leq 100$  J bifásica) para la conversión a ritmo sinusal
- D) Se recomienda la estimulación auricular rápida para la terminación del aleteo auricular en presencia de un marcapasos o desfibrilador implantado.
62. De las recomendaciones sobre estimulación en pacientes con bloqueo de rama, señale la correcta:
- A) Pacientes con síncope inexplicable y bloqueo bifascicular, el marcapasos está indicado cuando el intervalo HV basal sea  $< 70$  ms
- B) La estimulación está indicada en pacientes con bloqueo de rama alternante sintomático
- C) Para pacientes con síncope inexplicable y bloqueo bifascicular sin estudio electrofisiológico seleccionados (ancianos, pacientes frágiles, síncope del alto riesgo y/o recurrente), se puede considerar la estimulación.
- D) Ninguna respuesta es correcta.
63. Señale la FALSA respecto a las recomendaciones para el tratamiento de paciente con taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC):
- A) Se recomienda diagnosticar TVPC con corazón estructuralmente normal, ECG normal y taquicardia ventricular polimórfica o bidireccional inducida por el ejercicio o por las emociones.
- B) Se recomienda que todos los pacientes con TVPC eviten los deportes competitivos, el ejercicio extenuante y la exposición a entornos estresantes.
- C) Se recomienda el EEF (estudio electrofisiológico) para la estratificación del riesgo de muerte cardíaca súbita.
- D) Los betabloqueantes, idealmente no selectivos (nadolol o propranolol), se recomiendan para todos los pacientes con diagnóstico clínico de TVPC.
64. En los pacientes con síndrome de Brugada se recomienda evitar:
- A) Cocaína
- B) Consumo excesivo de alcohol
- C) Cannabis
- D) Todos los anteriores



65. En la estimulación tras TAVI señale la falsa:
- A) El BCRIHH es el predictor más potente y consistente de necesidad de marcapasos definitivo.
  - B) La alteración del ritmo más frecuente tras TAVI es BCRIHH nuevo.
  - C) Se debe considerar Holter ambulatorio o EEF si aparece BCRIHH con QRS >150 ms o PR > 240 ms tras el implante de TAVI.
  - D) Si el paciente tiene alteraciones de la conducción IV previa y tras implante de TAVI desarrolla prolongación del QRS por > 240 ms se debe considerar Holter ambulatorio o EEF.
66. Dentro de las recomendaciones en la Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) sobre el control del riesgo de ictus antes, durante y después de la cardioversión, señale la falsa:
- A) Para pacientes con FA que van a someterse a cardioversión, se recomienda la administración de NACO con un perfil de eficacia y seguridad al menos similar a la Warfarina.
  - B) Para la cardioversión de la FA/flutter auricular, se recomienda la anticoagulación efectiva al menos las 3 semanas previas a la cardioversión.
  - C) Se recomienda la ETE para excluir trombos cardiacos como alternativa a la anticoagulación durante las 3 semanas previas al procedimiento cuando se planifica una cardioversión precoz.
  - D) Para pacientes con trombos identificados por ETE, se recomienda la anticoagulación efectiva al menos las 6 semanas previas a la cardioversión de la FA.
67. Teniendo en cuenta los marcadores que MUY FUERTEMENTE han demostrado relacionarse con el riesgo de muerte cardíaca súbita las siguientes miocardiopatías señale la falsa:
- A) Miocardiopatía dilatada: realce tardío de gadolinio, mutaciones o genes de alto riesgo.
  - B) Miocardiopatía arritmogénica: síncope.
  - C) Miocardiopatía no compactada: taquicardia ventricular no sostenida.
  - D) Miocardiopatía hipertrófica: taquicardia ventricular sostenida, síncope.
68. El síncope por hipotensión ortostática se confirma cuando hay:
- A) Una caída de la PAS  $\geq 10$  mmHg o de la PAD  $\geq 20$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg que reproduzca los síntomas espontáneos
  - B) Una caída de la PAS  $\geq 20$  mmHg o de la PAD  $\geq 10$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg que reproduzca los síntomas espontáneos
  - C) Una caída de la PAS  $\geq 30$  mmHg o de la PAD  $\geq 20$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg que reproduzca los síntomas espontáneos
  - D) Una caída de la PAS  $\geq 20$  mmHg o de la PAD  $\geq 10$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg independientemente de los síntomas.
69. En la valoración ecocardiográfica de la función del ventrículo derecho señale la CORRECTA:
- A) La valoración con TAPSE (excursión del anillo tricúspide) se puede obtener fácilmente y supone una medición longitudinal de la función del ventrículo derecho. Se utiliza el modo M con el cursor alineado con el anillo tricúspide lateral. Valores superiores a 17 mm son sugestivos de disfunción ventricular.



- B) La velocidad onda "S" en el anillo lateral de la tricúspide se obtiene en Doppler tisular y es sencilla de medir y reproducible. Se considera que velocidades inferiores a 12 cm/s son sugestivos de disfunción ventricular.
- C) El cambio de área fraccional del ventrículo derecho supone una estimación global de la función del ventrículo derecho, se obtiene en un plano 4 cámaras con la siguiente fórmula  $RV\ FAC\ (\%) = 100 \times (EDA-ESA) / EDA$ , siendo EDA el área telediastólica y ESA el área telesistólica. Valores inferiores al 35% son sugestivos de disfunción ventricular.
- D) El strain de pared libre de ventrículo derecho se obtiene en el plano apical 4 cámaras centrado sobre ventrículo derecho. El área de medición debe incluir miocardio y pericardio y, tiene valor pronóstico en enfermedades como la hipertensión pulmonar. No se ha mostrado como un buen predictor en patologías como la insuficiencia cardíaca, el infarto de miocardio o para predecir el fracaso de ventrículo derecho tras una asistencia ventricular. El punto de corte para considerarlo patológico es -12%.
70. Respecto al consumo de tabaco en el paciente con enfermedad cardiovascular señale la INCORRECTA:
- A) El cese de tabaco es la medida de prevención más efectiva para la reducción de muerte o infarto.
- B) En las personas con obesidad no se debe recomendar el cese de tabaco para evitar la ganancia de peso que supone (de promedio 5kg).
- C) Se debe realizar en cada consulta con el fumador la estrategia de las 3 preguntas: Averiguar el estado de fumador (¿sigue fumando, cantidad?), dar recomendación sobre el cese de tabaco y ofrecer ayuda para el cese.
- D) Se puede usar terapia de sustitución con nicotina en los pacientes con enfermedad cardiovascular.
71. Respecto de la miocardiopatía arritmogénica (MCA) elige la opción CORRECTA:
- A) Es una enfermedad isquémica del músculo cardíaco, cuya característica patognomónica es su frecuente presentación clínica con arritmias.
- B) La prevalencia comunicada de MCA del VD es de 1 caso por 50.000 habitantes en la población general.
- C) Hasta en un 80% de los casos se encuentra una historia familiar.
- D) La forma de herencia más frecuente es la autosómica dominante, habiendo algún caso de herencia autosómica recesiva (como en la enfermedad de Naxos, que asocia alteraciones en la piel y el pelo a la miocardiopatía).
72. En el tratamiento de la fibrilación auricular en pacientes con valvulopatías es incorrecto que:
- A) Se recomiendan los anticoagulantes directos para los pacientes con valvulopatía aórtica nativa
- B) La anticoagulación oral se puede retirar si el cierre quirúrgico de la orejuela ha sido completo
- C) Se debe considerar la ablación concomitante de la FA para los pacientes que se someten a cirugía cardíaca
- D) Se ha observado un aumento del implante de marcapasos tras la ablación quirúrgica
- 73.Cuál de las siguientes es incorrecta respecto a las complicaciones mecánicas del infarto de miocardio:
- A) Pueden aparecer en el infarto con elevación y sin elevación del segmento ST.
- B) En un estudio llevado a cabo en la era contemporánea, la más frecuente fue la rotura del tabique ventricular.
- C) La rotura de pared libre puede ser completa o incompleta.



- D) La rotura del músculo papilar se manifiesta característicamente por un deterioro abrupto de la fracción de eyección.
74. Señale la incorrecta entre las siguientes estrategias de manejo del síndrome coronario agudo:
- A) Inestabilidad hemodinámica: Estrategia invasiva inmediata (Clase I)
  - B) Puntuación de riesgo GRACE >140: Estrategia invasiva temprana (Clase IIa)
  - C) Puntuación de riesgo GRACE >140: Estrategia invasiva durante el ingreso (Clase I)
  - D) Sin características de riesgo muy alto o alto, pero con alto índice de sospecha de angina inestable: Estrategia invasiva selectiva (Clase I).
75. En pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca crónica, todas las siguientes exploraciones complementarias se recomiendan con un nivel de evidencia C salvo una de ellas que tiene un nivel de evidencia B, señálela:
- A) ECG de 12 derivaciones.
  - B) Determinación de NT-ProBNP/BNP.
  - C) Radiografía de tórax.
  - D) Ecocardiograma transtorácico.
76. El síndrome de ballooning apical transitorio del ventrículo izquierdo se caracteriza por todas excepto:
- A) Disfunción sistólica global transitoria que afecta al ápex y/o ventrículo medio del ventrículo izquierdo.
  - B) Dilatación del ventrículo que afecta al ápex y/o ventrículo medio del ventrículo izquierdo.
  - C) Edema que afecta al ápex y/o ventrículo medio del ventrículo izquierdo
  - D) Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva en la angiografía coronaria.
77. En cuanto al electrocardiograma en pacientes con cáncer:
- A) No es necesario realizar un electrocardiograma a todo paciente que vaya a empezar un tratamiento oncológico.
  - B) La recomendación de realizar un electrocardiograma a todo paciente que vaya a empezar un tratamiento oncológico es clase IIa.
  - C) Todo paciente que vaya a empezar un tratamiento oncológico y presente alteraciones en el electrocardiograma basal debe remitirse al cardiólogo (clase I nivel de evidencia C).
  - D) Solo es necesario remitir a los pacientes oncológicos con alteraciones en el electrocardiograma basal si presentan cambios tras el tratamiento oncológico.
78. La indicación de resonancia magnética cardiaca en pacientes con miocardiopatía:
- A) Se recomienda en todos los pacientes con miocardiopatía en la evaluación inicial (Clase I, nivel de evidencia C)
  - B) Se recomienda en todos los pacientes con miocardiopatía en el seguimiento, para monitorizar la progresión de la enfermedad (Clase I, nivel de evidencia C).
  - C) Se recomienda en los pacientes con amiloidosis cardiaca y enfermedad de Anderson-Fabry en el seguimiento seriado y la evaluación de la respuesta terapéutica (Clase I, nivel de evidencia C).
  - D) Se debe considerar en familias en las que se ha identificado una variante causante de la enfermedad, en familiares con genotipo positivo/fenotipo negativo para ayudar al diagnóstico y detectar la enfermedad (Clase IIa, nivel de evidencia B).



79. En relación al embarazo en pacientes con estenosis aórtica (EA):
- A) La principal causa de EA es la cardiopatía reumática, seguida de la válvula aórtica bicúspide.
  - B) La insuficiencia cardiaca en pacientes con EA moderada es poco frecuente, pero sí pueden tener arritmias de forma significativa.
  - C) Las mujeres con válvula aórtica bicúspide tienen un riesgo de disección aórtica bajo cuando el diámetro de la aorta es  $<50$  mm.
  - D) Las pacientes con EA hasta grado moderado pueden tolerar bien el embarazo, en cambio las que tienen EA grave pueden tener arritmias y episodios de insuficiencia cardiaca por aumento del gasto cardiaco propio del embarazo.
80. De los siguientes regímenes antibióticos profilácticos en Endocarditis Infecciosa usados en pacientes susceptibles, que se van a someter a procedimientos dentales, hay una pauta que se recomienda intramuscular o intravenosa tanto si el paciente presenta alergia a penicilina/ampicilina o no la presenta, señálelo:
- A) Cefalexina 2g vía oral.
  - B) Doxiciclina 10 mg vía oral.
  - C) Cefazolina o ceftriaxona 1g intramuscular o intravenosa.
  - D) Azitromicina o claritromicina 500 mg vía oral.
81. En relación con la presentación clínica y diagnóstico inicial del Síndrome Coronario Agudo, es incorrecto que:
- A) La guía ESC 2023 aconseja clasificar el dolor en cardiaco, posiblemente cardiaco, o "atípico".
  - B) La depresión del segmento ST en las derivaciones V1-V3 (especialmente cuando la onda T terminal es positiva) es muy sugestiva de oclusión de arteria coronaria.
  - C) En pacientes con dolor torácico, el bloqueo de rama izquierda no sugiere de forma aislada una oclusión actual de la arteria coronaria.
  - D) Todas las anteriores son correctas.
82. En la guía ESC 2023 de Síndrome Coronario Agudo, la adición de un segundo agente antitrombótico para la prevención secundaria prolongada a largo plazo ( $>12$  meses) en pacientes con alto riesgo isquémico y sin alto riesgo de sangrado, constituye una indicación clase:
- A) I
  - B) IIa
  - C) IIb
  - D) III
83. Cuál de las siguientes es falsa respecto a la disección coronaria espontánea:
- A) La imagen intracoronaria es mandatoria para establecer el diagnóstico.
  - B) El intervencionismo coronario se ha asociado a complicaciones en  $>30\%$  de los casos.
  - C) Una estrategia aceptable puede ser la angioplastia simple mínima con balón para restaurar el flujo.
  - D) Se deben considerar los injertos venosos en estos pacientes para preservar los conductos arteriales para una futura intervención.
84. Las enfermedades endomiocárdicas, señala la opción VERDADERA:
- A) Se trata de un conjunto de enfermedades raras: fibrosis endomiocárdica, Fibroelastosis endocárdica, síndromes hipereosinofílicos y enfermedad carcinoide.



- B) La fibrosis endomiocárdica es la más frecuente de este grupo, presentando una mayor prevalencia en África y los trópicos. Afecta especialmente a poblaciones con escaso desarrollo económico.
- C) La ecografía muestra una imagen típica de ventrículos pequeños con ápex retraídos y ocupados. También es frecuente encontrar disfunción severa de válvulas auriculoventriculares.
- D) Todas son correctas.
85. El algoritmo recomendado como mejor opción por la guía ESC 2023 de Síndrome Coronario Agudo es:
- A) 0 h/1 h
- B) 0 h/2 h
- C) 0 h/3 h
- D) 0 h/6 h
86. Respecto al tratamiento del paciente con enfermedad cardiovascular y diabetes acorde a la evidencia científica más actual y a las guías clínicas europeas más recientes SEÑALE LA CORRECTA:
- A) Si el paciente tiene de tratamiento de base metformina y presenta una HbA1c 6,8% se considera que presenta un buen control glucémico y no se precisa cambios en el tratamiento farmacológico para la diabetes.
- B) Todos los inhibidores del cotransportador de sodio -glucosa tipo 2 (SGLT2) han demostrado en sus estudios pivotaes (EMPAREG, CANVAS, DECLARE TIMI-58, CREDENCE, VERTIS-CV) disminución de MACE.
- C) La semaglutida oral en su estadio pivotal, el PIONEER 6, no consiguió una disminución estadísticamente significativa del riesgo de infarto fatal o no fatal o de ICTUS fatal o no fatal.
- D) Si el paciente se encuentra en tratamiento con un inhibidor del cotransportador de sodio -glucosa tipo 2 y presenta HbA1c 7,8% se debería valorar añadir como siguiente escalón terapéutico un inhibidor de la dipeptil peptidasa 4 (iDPP4).
87. Respecto a las recomendaciones de tratamiento hipolipemiante en los siguientes escenarios, señale la respuesta correcta:
- A) En caso de aparición de sintomatología muscular sumado a elevación de CK mayor a 4 veces por encima del límite normal se recomienda hacer lavado de fármaco durante 4-6 semanas y probar a reintroducir a dosis menor con estatina de menor potencia o bien poner estatina de mayor intensidad a días alternos o 1-2 días/ semana.
- B) En el paciente de muy alto riesgo cardiovascular en prevención primaria, sin hipercolesterolemia familiar, si no se alcanza el objetivo propuesto de colesterol LDL se debe añadir inhibidor de PCSK9 con nivel de recomendación IA.
- C) En el paciente con insuficiencia renal en diálisis, que no tienen enfermedad cardiovascular aterosclerótica se recomienda prescribir estatinas alta dosis, alta potencia sumado a fibratos para prevenir su aparición.
- D) Se recomienda el uso de estatinas a alta dosis y alta potencia en pacientes con estenosis aórtica moderada para prevenir la progresión de la valvulopatía.



88. Respecto a las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el manejo del tratamiento antitrombótico perioperatorio de los pacientes que se someten a cirugía no cardíaca, señale la falsa:
- A) Se recomienda aplazar la cirugía no cardíaca electiva hasta 6 meses tras una ICP electiva y 12 meses tras un SCA.
  - B) Para pacientes que se someten a cirugía de riesgo hemorrágico alto (p. ej., cirugía intracraneal, neurocirugía espinal o cirugía oftalmológica vitreorretiniana), se recomienda suspender el ácido acetilsalicílico al menos 7 días antes de la cirugía.
  - C) Para pacientes con una ICP previa, NO se recomienda continuar el tratamiento perioperatorio con ácido acetilsalicílico, aunque lo permita el riesgo hemorrágico.
  - D) Cuando esté indicado interrumpir el tratamiento con inhibidores del P2Y12, se recomienda suspender el ticagrelor 3-5 días, el clopidogrel 5 días y el prasugrel 7 días antes de la cirugía no cardíaca.
89. Respecto a la prueba de esfuerzo en el estudio del síncope, señale la falsa:
- A) Está indicada la prueba de esfuerzo para los pacientes que sufren un síncope durante o poco después del ejercicio.
  - B) El síncope relacionado con BAV de segundo o tercer grado se confirma cuando este se desarrolla durante el ejercicio y se reproduce el síncope.
  - C) El síncope relacionado con BAV de segundo o tercer grado se confirma cuando este se desarrolla durante el ejercicio, aunque no haya síncope.
  - D) El síncope reflejo se confirma cuando se reproduce inmediatamente después del ejercicio en presencia de hipotensión grave.
90. La estimulación cardíaca bicameral NO está indicada para reducir el síncope recurrente en pacientes mayores de 40 años con síncope recurrentes, impredecibles y graves que tengan:
- A) Pausa asistólica sintomática documentada espontánea > 3 segundos.
  - B) Pausa/s asintomáticas < 6 segundos por parada sinusal o bloqueo auriculo ventricular.
  - C) Síndrome del seno carotídeo cardioinhibitorio
  - D) Síncope asistólico en el test de basculación
91. ¿Cuál de los siguientes parámetros ecocardiográficos NO es sugestivo de insuficiencia mitral severa?
- A) Fracción regurgitante mayor o igual al 50%
  - B) Orificio regurgitante por PISA 2D mayor o igual a 40 mm<sup>2</sup>.
  - C) Volumen regurgitante mayor o igual a 60 ml
  - D) Inversión diastólica del flujo en venas pulmonares.
92. En la valoración lipídica del paciente tras un síndrome coronario agudo se debería intentar conseguir los siguientes objetivos. Señale la CORRECTA
- A) Colesterol LDL <55 mg/dl ó <50% del basal, colesterol no HDL < 100mg /dl, APO B < 85 mg/dl.
  - B) Colesterol LDL <55 mg/dl ó <50% del basal, colesterol no HDL < 85mg /dl, APO B < 65 mg/dl.
  - C) Colesterol LDL <55 mg/dl ó <50% del basal, colesterol no HDL < 100mg /dl, APO B < 90 mg/dl.
  - D) Colesterol LDL <55 mg/dl o <50% del basal, colesterol no HDL <100 mg/dl, APOB > 100mg/dl.



93. Señale cuál de las siguientes es contraindicación ABSOLUTA para la realización de una ergometría:
- A) Tomboembolismo pulmonar reciente
  - B) Estenosis aórtica moderada
  - C) Infarto de miocardio reciente (1 mes)
  - D) Miocardiopatía hipertrófica.
94. Solicita una ergoespirometría para estudio de disnea de causa no aclarada a un paciente de su consulta. Antes de leer las conclusiones del estudio hay varios parámetros que debe conocer. Señale la respuesta INCORRECTA sobre los mismos:
- A) El VO<sub>2</sub> máximo representa la mayor cantidad de O<sub>2</sub> que el organismo puede absorber, transportar y consumir por unidad de tiempo durante la realización de un esfuerzo.
  - B) El cociente respiratorio o RER es la tasa de intercambio respiratorio y es la relación entre el volumen de CO<sub>2</sub> eliminado y el consumo de oxígeno y tiene una relación directa con el sustrato metabólico que está utilizando para la combustión del O<sub>2</sub>.
  - C) El pulso de oxígeno representa el volumen de oxígeno extraído por los tejidos en cada ciclo cardíaco y se obtiene de multiplicar el VO<sub>2</sub> por la frecuencia cardíaca.
  - D) La reserva respiratoria es la relación entre la máxima ventilación voluntaria y la máxima ventilación en ejercicio durante 1 minuto, expresada en tanto por cien.
95. En la insuficiencia mitral secundaria crónica grave, la reparación percutánea "borde con borde" en pacientes sintomáticos seleccionados, no candidatos a cirugía y con criterios de probabilidad de respuesta positiva al tratamiento, obtiene una recomendación clase:
- A) I
  - B) IIa
  - C) IIb
  - D) III
96. Respecto a las actuales tablas de probabilidad pretest de los síndromes coronarios crónicos, cuál de las siguientes no es correcta:
- A) Únicamente contemplan la posibilidad de angina como síntoma principal
  - B) Los valores son muy inferiores a los de tablas anteriores
  - C) La sobreestimación de la probabilidad pretest influye en el bajo rendimiento diagnóstico de las pruebas invasivas y no invasivas
  - D) Más de la mitad de los pacientes se clasificarían como probabilidad pretest <15%
97. Cuál de los siguientes tipos corresponde al infarto de miocardio resultante en muerte cardíaca con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica cuando no hay biomarcadores disponibles o el infarto se detecta en la autopsia:
- A) Tipo 2
  - B) Tipo 3
  - C) Tipo 4
  - D) Tipo 5
98. La terapia de resincronización cardíaca está recomendada (clase I, nivel de evidencia A) en los pacientes con insuficiencia cardíaca que cumplen todo lo siguiente excepto:
- A) Pacientes sintomáticos en ritmo sinusal.



- B) Imagen de bloqueo de rama izquierda en el ECG.
- C) FEVI < 35%
- D) Duración del QRS >145 mseg.

99. En cuanto a las recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad coronaria en pacientes embarazadas son todas correctas excepto:

- A) Se debe realizar un ECG y determinación de troponinas a toda embarazada con dolor torácico (Clase I, nivel de evidencia C).
- B) Se debe considerar tratamiento invasivo para SCA sin elevación de segmento ST cuando haya criterios de riesgo (Clase IIa, nivel de evidencia C).
- C) Se debe considerar el seguimiento durante al menos 3 meses desde el evento coronario (clase IDa, nivel de evidencia C).
- D) Se recomienda la lactancia materna de las madres, independientemente del tratamiento antiplaquetario que reciban (clase I, nivel de evidencia C).

100. En cuanto a las técnicas de imagen en pacientes con cáncer:

- A) La resonancia magnética es la técnica de elección para valorar la función cardiaca en pacientes con cáncer (clase I, nivel de evidencia B).
- B) La modalidad preferida para medir la FEVI del paciente con cáncer es la ecocardiografía transtorácica 3D (clase I, nivel de evidencia C).
- C) Se debe realizar un ecocardiograma a todo paciente con cáncer que vaya a someterse a un tratamiento oncológico (clase I, nivel de evidencia C).
- D) Solo a los pacientes de muy alto riesgo, se les debe realizar un strain longitudinal global si la técnica está disponible.

101. Se recomienda la anticoagulación oral:

- A) En todos los pacientes con miocardiopatía hipertrófica y fibrilación auricular, independientemente de la puntuación CHA2DS2VASC (IB).
- B) En todos los pacientes con miocardiopatía hipertrófica y fibrilación auricular cuando la puntuación en la escala CHA2DS2VASC sea superior a 2 (IB).
- C) En todos los pacientes con miocardiopatía dilatada y fibrilación auricular cuando la puntuación en la escala CHA2DS2VASC sea superior a 2 tanto en hombres como en mujeres.
- D) En todos los pacientes con amiloidosis cardiaca y fibrilación auricular, cuando la puntuación en la escala CHA2DS2VASC sea superior a 2 en hombres y 3 en mujeres (IB).

102. En las últimas guías disponibles de la ESC sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial publicadas en 2018, ¿qué grado de recomendación reciben las terapias basadas en dispositivos para el tratamiento de la hipertensión arterial?

- A) III
- B) IIb
- C) IIa
- D) I

103. El pretratamiento con un inhibidor P2Y12, señalar la falsa:

- A) Se puede considerar en pacientes tratados con angioplastia primaria.



- B) Nunca está indicado en pacientes con infarto sin elevación del segmento ST tratados con estrategia invasiva temprana (<24 h).
- C) Se puede considerar si se anticipa un retraso en la angiografía invasiva >24 h.
- D) En pacientes que no recibieron tratamiento previo se recomienda una dosis de carga en el momento de la ICP.

104. En relación con la coronariografía invasiva inmediata en pacientes supervivientes de una parada cardiaca:

- A) Es beneficiosa sólo si el ritmo inicial es desfibrilable
- B) Es prioritaria en pacientes adultos, ya que el infarto de miocardio es la primera causa de parada cardiaca extrahospitalaria
- C) Debe ser precedida siempre de doble antiagregación plaquetaria
- D) Todas las anteriores son falsas

105. En el estado post-parada cardiaca:

- A) La mayoría de los pacientes requerirán intervencionismo coronario
- B) La hipotermia mediante el uso de dispositivos es recomendable en la mayoría de los pacientes
- C) Se recomienda la evaluación del pronóstico neurológico no antes de las 72 h del ingreso
- D) Todas las anteriores son falsas

106. Cuál de los siguientes no constituye un criterio ecocardiográfico de insuficiencia aórtica grave:

- A) Flujo holodiastólico invertido en la aorta descendente (velocidad telediastólica >20 cm/s)
- B) Vena contracta >6 mm
- C) Tiempo de hemipresión >200 ms
- D) Área del orificio regurgitante efectivo  $\geq 30$  mm<sup>2</sup>

107. Cuál de las siguientes entidades diferentes al infarto agudo de miocardio no se asocia a elevación de troponinas cardíacas:

- A) Hipotiroidismo
- B) Hemocromatosis
- C) Esfuerzo físico extremo
- D) Todas las anteriores pueden causar elevación de troponinas cardíacas.

108. Respecto a la valoración ecocardiográfica de la estenosis aórtica, señale la CORRECTA:

- A) La gradiente aórtica de alto gradiente presenta un gradiente medio mayor a 30 mmHg, velocidad pico mayor a 3,5 m/s y área valvular menor a 1cm<sup>2</sup> (indexado menor 0,6 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>)
- B) La estenosis aórtica de bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección reducida presenta gradiente medio menor a 40 mmHg, área valvular menor a 1 cm<sup>2</sup>, fracción de eyección menor a 50% y un volumen sistólico menor a 35ml/m<sup>2</sup>.
- C) En estenosis aórtica de bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección reducida se recomienda realizar ecocardiograma con dobutamina, considerando que la estenosis es severa si el área valvular es mayor a 1 cm<sup>2</sup>.
- D) La estenosis aórtica de bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección conservada presenta gradiente medio menor a 40 mmHg, área valvular menor a 1 cm<sup>2</sup>, fracción de eyección mayor a 50% y un volumen sistólico mayor a 35ml/m<sup>2</sup>.



109. Respecto a la rehabilitación cardíaca en los siguientes escenarios clínicos, señale la respuesta correcta:
- A) La rehabilitación cardíaca en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida tiene un alto grado de recomendación para mejorar la calidad de vida, la tolerancia a los esfuerzos y reducir las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca.
  - B) En situación de pretrasplante cardíaco no se recomienda la realización de rehabilitación cardíaca por el alto riesgo que conlleva.
  - C) Los pacientes con asistencias ventriculares tienen contraindicado la realización de ejercicio físico por el alto riesgo de trombosis del dispositivo.
  - D) El paciente portador de desfibrilador automático (DAI) tiene contraindicado el entrenamiento de fuerza por el riesgo de descarga del dispositivo, así como por la posibilidad de dislocación del cable.
110. Respecto a la afectación cardíaca en las distrofias musculares, señale la relación incorrecta teniendo en cuenta el siguiente orden: miopatía, afectación cardíaca, frecuencia de afectación cardíaca y arritmia ventricular.
- A) Duchenne, miocardiopatía dilatada, >90%, extrasístole ventricular.
  - B) Miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert), trastornos de la conducción y miocardiopatía dilatada, 60-80%, taquicardia ventricular.
  - C) Emery-Dreifuss, trastornos de la conducción y miocardiopatía dilatada, >90%, taquicardia ventricular.
  - D) Miotónica tipo 2, trastornos de la conducción, 10-25%, arritmias ventriculares muy comunes.
111. En las recomendaciones para el tratamiento agudo de la taquicardia de complejo QRS estrecho en ausencia de un diagnóstico establecido, según la Guía sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular de la Sociedad Europea de Cardiología de 2019:
- A) Se recomiendan para el tratamiento de la taquicardia por reentrada auriculoventricular debida a vías accesorias manifiestas u ocultas como tratamiento crónico la digoxina, los bloqueadores beta, el diltiazem, el verapamilo y la amiodarona, para pacientes con FA preexcitada
  - B) Para el tratamiento urgente de la FA preexcitada en pacientes con estabilidad hemodinámica se recomienda la amiodarona i.v.
  - C) Para el tratamiento crónico de la TSV en adultos con cardiopatías congénitas se recomienda el sotalol como fármaco antiarrítmico de primera línea.
  - D) Para el tratamiento crónico de la TSV durante el embarazo no se recomienda la amiodarona.
112. Respecto a las recomendaciones para la estratificación del riesgo, la prevención de la muerte cardíaca súbita y el tratamiento de arritmias ventriculares en las enfermedades neuromusculares:
- A) Se recomiendan las revisiones anuales con al menos un ECG de 12 derivaciones en pacientes con distrofias musculares, incluso en la fase oculta de la enfermedad.
  - B) Se recomienda que los pacientes con trastornos neuromusculares que presenten arritmias ventriculares o disfunción ventricular reciban el mismo tratamiento para la arritmia que los pacientes sin trastornos neuromusculares
  - C) Se recomienda el implante de un DAI en pacientes con distrofia miotónica y TVMS o parada cardíaca reanimada no causada por taquicardia ventricular por reentrada rama-rama.
  - D) Todas son correctas.

113. Respecto a las recomendaciones para el tratamiento de pacientes con síndrome/patrón de repolarización precoz, señale la FALSA:
- A) Se recomienda diagnosticar patrón de repolarización precoz si hay elevación del punto J  $\geq 1$  mm en dos derivaciones ECG inferiores o laterales.
  - B) Se recomienda diagnosticar síndrome de repolarización precoz en pacientes reanimados tras FV/TVP inexplicadas con patrón de repolarización precoz.
  - C) Se recomienda la evaluación clínica rutinaria para pacientes asintomáticos con patrón de repolarización precoz.
  - D) Se recomienda implantar un DAI a los pacientes diagnosticados de síndrome de repolarización precoz que hayan sobrevivido a una parada cardíaca.
114. Dentro de las causas de bradicardia intrínsecas y extrínsecas señale la verdadera:
- A) El síndrome de apnea-hipoapnea durante el sueño sólo se ha relacionado con anomalías de la conducción auriculo-ventricular.
  - B) La difteria puede causar disfunción sinusal y anomalías de la conducción auriculo-ventricular.
  - C) La esclerodermia puede causar tanto disfunción sinusal como anomalías de la conducción auriculo-ventricular.
  - D) La endocarditis (absceso perivalvular) puede ser causa tanto de disfunción sinusal como anomalías de la conducción auriculo-ventricular.
115. Según la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, se recomienda la ablación con catéter de las venas pulmonares para el control del ritmo cardíaco en caso de fracaso o intolerancia al tratamiento con FAA de clase I o III para mejorar los síntomas de recurrencia de los pacientes con:
- A) FA paroxística
  - B) FA persistente con o sin factores de riesgo de recurrencia de la FA importantes
  - C) Tratamiento de primera línea La ablación con catéter de la FA está recomendada para revertir la disfunción del VI en pacientes con FA cuando la miocardiopatía inducida por taquicardia sea muy probable, independientemente del estado sintomático.
  - D) Todas son verdaderas
116. Respecto a la adherencia y persistencia en la toma de medicamentos, señale la respuesta CORRECTA:
- A) Los datos obtenidos sugieren que la mala adherencia en prevención primaria es del 15 %.
  - B) Los datos obtenidos sugieren que la mala adherencia en prevención secundaria es del 10%.
  - C) La mala adherencia se debe, en la mayoría de los casos, a factores económicos.
  - D) La polipildora que contiene aspirina, ramipril y atorvastatina se asoció en el estudio SECURE con una reducción de eventos cardiovasculares mayores, con una reducción significativa de mortalidad cardiovascular del 33%.
117. Las diferentes lipoproteínas implicadas en el metabolismo del colesterol tienen un porcentaje diferente de triglicéridos en su composición, y diferentes densidades y tamaños. Señale cuál de las siguientes partículas tiene MENOR DIAMETRO:
- A) VLDL
  - B) LDL



- C) Quilomicrones
- D) HDL

118. Uno de los siguientes criterios NO aparece en la valoración de la escala Dutch para diagnóstico de la hipercolesterolemia familiar:

- A) Colesterol total mayor de 200 mg/dl
- B) Presencia de xantomas tendinosos
- C) Antecedentes de enfermedad coronaria precoz (mujeres menores de 60 años, varones menores de 55 años).
- D) Antecedentes de enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica precoz (mujeres menores de 60 años, varones menores de 55 años).

119. Respecto a las técnicas de imagen en endocarditis, señale la CORRECTA

- A) El TC cardíaco es más preciso para determinar las complicaciones perivalvulares como fístulas, pseudoaneurismas o abscesos que la ecocardiografía transesofágica, tanto en válvula nativa como protésica.
- B) El Tc cardíaco es más preciso para la detección de vegetaciones pequeñas, < a 10 mm.
- C) El TC cardíaco es más preciso para detectar las perforaciones de los velos que la ecocardiografía transesofágica.
- D) Se debe realizar un Tc craneal para la detección de embolias sépticas en casos de endocarditis, y si se objetivan, supondrá un criterio mayor para el diagnóstico de la misma.

120. Respecto a la hipertensión arterial resistente, señale la INCORRECTA:

- A) Se considera hipertensión arterial resistente la TA >140/90 mmHg en consulta, con mal control confirmado con monitorización con holter de presión arterial, o con automediciones aportadas en consulta por parte del paciente en un paciente que está tomando 2 fármacos de primera línea y necesita la adición de un tercero.
- B) Una de las causas más frecuentes de hipertensión arterial resistente es el mal cumplimiento terapéutico.
- C) Entre las causas secundarias de hipertensión arterial resistente podemos encontrar el hiperaldosteronismo primario.
- D) Entre las causas de hipertensión arterial resistente se debe considerar el uso de fármacos como anticonceptivos orales, agentes simpaticomiméticos (como descongestionantes nasales) o esteroides.

121. Respecto a la enfermedad cardíaca inducida por radiación. Señale la CORRECTA:

- A) Una de las manifestaciones es la miocardiopatía restrictiva.
- B) La fibrosis miocárdica puede ser un hallazgo incidental hasta 10 años después del tratamiento con radioterapia.
- C) Los cuadros de miocardiopatía restrictiva suelen ocurrir en pacientes con tratamiento concomitante con antraciclina.
- D) Todas son correctas.

122.Cuál es la más común de entre las comunicaciones interauriculares de tipo seno venoso:

- A) CIA tipo ostium primum
- B) CIA tipo seno venoso superior
- C) CIA tipo seno venoso inferior



D) CIA tipo seno coronario

123. La cirugía de aorta ascendente está indicada en los siguientes escenarios excepto uno, señálelo:

- A) Población general, diámetro máximo  $\geq 55$  mm
- B) Síndrome de Marfan sin factores de riesgo adicionales,  $\geq 50$  mm
- C) Válvula bicúspide sin factores de riesgo adicionales,  $\geq 50$  mm
- D) Indicación primaria de cirugía valvular aórtica,  $\geq 45$  mm

124. Cuál de los siguientes fármacos NO tiene grado de recomendación de clase I en las guías europeas de práctica clínica de diabetes y enfermedad cardiovascular de 2023 para reducir el riesgo cardiovascular de un paciente con diabetes e insuficiencia renal.

- A) Finerenona
- B) Empaglifozina
- C) Estatinas
- D) Sacubitrilo/valsartan

125. En ergoespirometría las variables pronósticas que han demostrado mayor impacto en la insuficiencia cardíaca como datos de mal pronóstico NO SE INCLUYE:

- A) Recuperación lenta de la frecuencia cardíaca
- B) Pendiente de VE/VCO<sub>2</sub>  $> 34$
- C) Oscilaciones ventilatorias
- D) PET CO<sub>2</sub> en reposo elevada.

126. Respecto al tratamiento a largo plazo (administración oral de fármacos) de la TSV (taquicardia supraventricular) y la FA (fibrilación auricular) durante el embarazo señale la FALSA:

- A) Se recomiendan los bloqueadores beta 1 selectivos o el verapamilo para la prevención de la TSV en pacientes sin preexcitación en el ECG en reposo.
- B) No se recomienda la flecainida o la propafenona para la prevención de la TSV en pacientes con síndrome de WPW.
- C) Se recomienda el tratamiento con bloqueadores beta selectivos para el control de la frecuencia en la TA (taquicardia auricular) o la FA.
- D) Se debe considerar el tratamiento con flecainida, propafenona o sotalol para prevenir la TSV, la TA y la FA si fallaran los bloqueadores del nódulo AV.

127. Respecto al manejo de pacientes portadores de un dispositivo cardíaco ubicado fuera del volumen de tratamiento de la radioterapia, señale la verdadera según las últimas recomendaciones de la guía de la sociedad europea de Cardiología sobre cardio-oncología:

- A) No se recomienda la revisión del dispositivo antes de la radioterapia, incluso si la última revisión se realizó hace más de 3 meses y el dispositivo funcionaba bien en pacientes de bajo riesgo.
- B) En pacientes dependientes de marcapasos se recomienda únicamente revisión del mismo antes de la radioterapia y después de completar la misma.
- C) En pacientes considerados de alto riesgo se recomienda una evaluación antes de la radioterapia, monitorización con pulsioximetría y/o ECG, disponibilidad de marcapasos externo durante las sesiones de radioterapia y evaluación semanal del dispositivo durante la radioterapia, junto con revisión del dispositivo después de completar la radioterapia.



- D) En pacientes considerados de alto riesgo se recomienda una evaluación antes de la radioterapia, y evaluación semanal del dispositivo durante la radioterapia únicamente.

128. Respecto a las últimas recomendaciones en las enfermedades eléctricas primarias de la guía de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y la prevención de la muerte cardíaca súbita, señale la correcta:

- A) En la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica y en el síndrome de QT largo los bloqueadores beta preferidos son los selectivos.
- B) El patrón electrocardiográfico de Brugada tipo 1 provocado por bloqueadores de canales de sodio en ausencia de otros hallazgos, es diagnóstico de síndrome de Brugada.
- C) El patrón electrocardiográfico de repolarización temprana puede ser un hallazgo benigno y es distinto del síndrome de repolarización temprana.
- D) En pacientes asintomáticos con síndrome de QT largo nunca es útil calcular el riesgo arrítmico.

129. Teniendo en cuenta la edad del momento de presentación de arritmias ventriculares/muerte cardíaca súbita, predominio por sexos y arritmias ventriculares típicas (Taquicardia ventricular polimórfica/fibrilación ventricular frente a taquicardia ventricular monomorfa), señale la falsa de las siguientes:

- A) Síndrome de Brugada: entre los 30-40 años, predominio en varones, taquicardia ventricular polimórfica.
- B) Síndrome de QT largo: antes de los 40 años, prevalencia similar por sexos en adultos, taquicardia ventricular polimórfica.
- C) Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica: antes de los 20 años, prevalencia similar en ambos sexos, taquicardia ventricular polimórfica.
- D) Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho: edad de presentación variable, predominio en mujeres, taquicardia ventricular monomorfa.

130. Respecto a las miocardiopatías restrictivas, elige la opción CORRECTA:

- A) Se considera la amiloidosis AL como la que más frecuentemente afecta al corazón en los países occidentales.
- B) En general, el pronóstico de la amiloidosis AL es mejor que el de la amiloidosis ATTR.
- C) La TTR (transtirretina) es una proteína plasmática con tendencia a disgregarse y depositarse. Esta tendencia puede verse aumentada por algunas mutaciones que pueden ocurrir de forma hereditaria o de forma natural (wild type o forma senil) y dar lugar a amiloidosis.
- D) La miocardiopatía restrictiva idiopática es una enfermedad rara. Se ha descrito una herencia autosómica recesiva con penetración variable, así como casos esporádicos.

131.- La Declaración de Alma-Ata de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se hizo pública el 12 de septiembre de:

- A) 1976
- B) 1978
- C) 1981
- D) 1984



132.- Cuándo se comete un error de tipo I?

- A) Cuando no se rechaza la hipótesis nula, siendo la hipótesis alternativa la verdadera.
- B) Cuando se acepta la hipótesis alternativa, siendo la hipótesis nula la verdadera.
- C) Cuando se acepta la hipótesis nula con un riesgo alfa muy pequeño.
- D) Cuando se acepta la hipótesis alternativa con un riesgo beta muy pequeño.

133.- Según la Ley 55/2003, el plazo de prescripción de las sanciones disciplinarias se interrumpirá cuando se inicie, con conocimiento del interesado, el procedimiento de ejecución de la sanción impuesta y volverá a correr de nuevo, si el procedimiento se paraliza durante:

- A) más de 2 meses por causa no imputable al interesado
- B) más de 4 meses por causa no imputable al interesado
- C) más de 6 meses por causa no imputable al interesado
- D) más de 3 meses por causa no imputable al interesado

134.- El contenido de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud se estructura en:

- A) 14 capítulos, 15 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 3 disposiciones finales
- B) 15 capítulos, 15 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 3 disposiciones finales
- C) 14 capítulos, 14 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 3 disposiciones finales
- D) 14 capítulos, 14 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 2 disposiciones finales

135.- La Ley 14/86 General de Sanidad, menciona expresamente: "La participación y colaboración de los Hospitales Militares y Servicios Sanitarios de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional de Salud, y su armonización con lo previsto en los artículos 195 y 196 de la Ley 85/1978, para garantizar, dentro de sus posibilidades, su apoyo al Sistema Nacional de Sanidad." ¿En qué parte de su redacción?:

- A) Disposiciones Adicionales.
- B) Disposiciones Finales.
- C) Disposiciones Transitorias.
- D) Título I.

136.- Marque en qué capítulo de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco queda regulado el Régimen Disciplinario:

- A) Capítulo IX



- B) Capítulo X
- C) Capítulo XII
- D) Capítulo XIII

137.- ¿Qué empleo ostenta el puesto de Director del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"?

- A) Coronel médico
- B) General de Brigada
- C) General de División
- D) Indistintamente puede ser civil o militar

138.- Entre las acciones que compete a la Administración Pública en cuanto a la atención de los problemas sanitarios corresponden todas las siguientes excepto una:

- A) Elaboración de informes generales sobre la salud pública y asistencia sanitaria.
- B) Atención de los problemas de salud de carácter colectivo e individual.
- C) Desarrollar una acción de prevención de la salud pública.
- D) Homologación de puestos de trabajo.

139.- La definición de media armónica:

- A) Su inversa es la media aritmética de las inversas de los datos.
- B) Es la media aritmética en donde cada dato está afectado por un factor que indica la importancia de dicho dato.
- C) Es la media aritmética calculada a partir de los datos agrupados.
- D) Es la inversa de la media geométrica.

140.- La obtención de un título de especialista tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado de acuerdo con

- A) El artículo 15 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre
- B) El artículo 16.2 de la ley 44/2003, de 21 de noviembre
- C) El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre
- D) La disposición adicional primera de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre

141.- ¿Qué implica recomendación clase IIb con nivel de evidencia B?

- A) Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico /tratamiento es beneficioso, útil y efectivo. Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos con distribución aleatoria o metaanálisis.
- B) Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico /tratamiento es beneficioso, útil y efectivo. Datos procedentes de un ensayo clínico con distribución aleatoria.



- C) Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento. El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia. Datos procedentes de un único ensayo con distribución aleatoria o de grandes estudios sin distribución aleatoria.
- D) Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento. La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión está a favor de. Datos procedentes de un único ensayo con distribución aleatoria o de grandes estudios sin distribución aleatoria.

142.- Según la ley de prevención de riesgos laborales, ¿a quien corresponde la función de la vigilancia y control de la normativa sobre prevención de riesgos laborales?

- A) Al servicio de coordinación y prevención de riesgos laborales
- B) A la inspección de trabajo y seguridad social
- C) A la consejería de administración autonómica
- D) A la dirección general de trabajo y prevención de riesgos laborales

143.- Los Cuerpos Comunes de la Fuerzas Armadas, son varios, de los siguientes, señale cual no es.

- A) Cuerpo Militar de Intendencia.
- B) Cuerpo de Músicas Militares.
- C) Cuerpo Militar de Sanidad.
- D) Cuerpo Jurídico Militar.

144.- De las faltas para el personal estatutario de los servicios de salud que se enuncian a continuación son leves todas excepto una, señálela:

- A) El descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.
- B) El abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones.
- C) El incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que acumulado sea de 15 horas al mes.
- D) La incorrección con los superiores, los compañeros, usuarios y subordinados.

145.- Los servicios sanitarios de titularidad privada estarán dotados de elementos de control que garanticen los niveles de calidad profesional y de evaluación establecidos en la ley 44/ 2002 de Ordenación de la Profesiones Sanitarias de acuerdo con todos los siguientes principios excepto uno de ellos, señálelo.

- A) Derecho y deber de formación continuada.
- B) Garantizar la responsabilidad penal profesional a través de entidad aseguradora.
- C) Respeto a la autonomía técnica y científica de los profesionales.
- D) Participar en la gestión del centro al que pertenezcan.



146.- Las Funciones de las Comisiones Nacionales de Especialidad son varias, señale la respuesta incorrecta, en cuanto a estas funciones:

- A) Establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación
- B) Elaboración del programa formativo de especialidad.
- C) Establecimiento de las unidades docentes y formativas de las especialidades.
- D) La propuesta de creación de áreas de capacitación específica de las especialidades.

147.- Las principales características del modelo establecido por la Ley General de Sanidad son:

- A) Universalización de la atención, desconcentración, descentralización y atención primaria
- B) Universalización de la atención, coordinación y desconcentración, descentralización y atención primaria
- C) Universalización de la atención, accesibilidad y desconcentración, descentralización y atención primaria
- D) Universalización de la atención, accesibilidad y desconcentración, descentralización y atención primaria y especializada.

148.- ¿Podrá asistir el Gerente del Área de Salud a las reuniones del Consejo de Dirección?

- A) Sí, puesto que él es su presidente.
- B) No, ya que son órganos independientes entre sí y con diferentes competencias.
- C) Sí podrá asistir cada vez que lo juzgue conveniente con voz y voto.
- D) Podrá asistir, previa convocatoria, con voz pero sin voto.

149.- Para la prevención del acoso sexual y al acoso por razón de sexo, las Administraciones públicas negociaran con la representación legal de las trabajadoras y trabajadores, un protocolo de actuación que comprenderá al menos de los siguientes principios todos menos uno:

- A) Instrucción a todo el personal del deber de respetar la dignidad de las personas
- B) La protección del nombre de las personas responsables de atender a quienes formulen una queja o denuncia.
- C) El tratamiento reservado de las denuncias de hechos que pudieran ser constitutivos de acoso sexual.
- D) El compromiso de la Administración General del Estado de prevenirle acoso sexual por razón de sexo.

150.- A los efectos de lo establecido en la Sección I del Capítulo X "Tiempo de Trabajo y Régimen de Descanso" de la Ley 55/2003, el periodo nocturno de trabajo tendrá una duración mínima de siete horas e incluirá necesariamente el periodo comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considerará periodo nocturno el comprendido entre:

- A) las 23 horas y las 6 horas del día siguiente
- B) las 22 horas y las 5 horas del día siguiente



- C) las 24 horas y las 7 horas del día siguiente
- D) la 1 hora y las 8 horas del día siguiente

**PREGUNTAS DE RESERVA**

151.- ¿Qué divisa militar porta un Capitán Médico?

- A) Tres estrellas de seis puntas.
- B) Tres estrellas de cinco puntas.
- C) Tres estrellas de siete puntas.
- D) Tres estrellas de ocho puntas.

152.- En el Cuerpo Militar de Sanidad se incluyen varias especialidades fundamentales, señale cuál de las siguientes no pertenece a la misma escala.

- A) Medicina.
- B) Enfermería.
- C) Psicología
- D) Odontología

153.- En relación con la ley que regula la Eutanasia en nuestro país, es cierto todo EXCEPTO:

- A) Viene regulada por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, publicada en el BOE nº 72 de 25 de marzo de 2021.
- B) Esta ley entró en vigor el 25 de junio de 2021.
- C) Es preciso tener nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- D) La prestación de ayuda para morir, podrá ser solicitada solo en el caso de padecimiento de una enfermedad grave e incurable.

154.- De los factores generales de riesgo relacionados con la organización del trabajo destacan el trabajo nocturno y la prolongación de jornada como factores que pueden suponer un riesgo añadido para las trabajadoras en estado de embarazo o lactancia. A esos efectos, se considera "trabajadora nocturna":

- A) La que invierte no menos de una hora de su trabajo diario o al menos una cuarta parte de su jornada anual en este tipo de horario.
- B) La que invierte no menos de dos horas de su trabajo diario o al menos una quinta parte de su jornada anual en este tipo de horario.
- C) La que invierte no menos de dos horas de su trabajo diario o al menos una cuarta parte de su jornada anual en este tipo de horario.
- D) La que invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.

155.- ¿Cuál es la máxima autoridad sanitaria de las Fuerzas Armadas Españolas?

- A) Ministro de Defensa
- B) Jefe del Estado Mayor de la Defensa



- C) Director del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"
- D) Inspector General de Sanidad

156 - El Ministerio de Defensa, bajo la dirección de la persona titular del Departamento, se estructura en:

- A) Las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Estado de Defensa y la Subsecretaría de Defensa.
- B) Las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Estado y la Secretaría General de Política de Defensa.
- C) La Secretaría de Estado de Defensa, la Subsecretaría de Defensa y la Secretaría General de Política de Defensa.
- D) Ninguna de las anteriores.

157- La unidad en el Ministerio de Defensa encargada de impulsar y coordinar la elaboración normativa es:

- A) La Intervención General de la Defensa
- B) La Secretaría General Técnica
- C) La Dirección General de Personal
- D) La Dirección General de Reclutamiento y Enseñanza Militar

158.- El Instituto Social de la Fuerzas Armadas es un Órgano adscrito a:

- A) Inspección General de Sanidad de la Defensa.
- B) Dirección General de Personal.
- C) Subsecretaría de Defensa
- D) Intervención General de la Defensa.

159.- Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados mediante convenios singulares. No serán causa de denuncia del Convenio por parte de la Administración Sanitaria competente:

- A) Prestar atención sanitaria contraviniendo el principio de gratuidad.
- B) Infringir con carácter leve la legislación laboral de la Seguridad Social.
- C) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios.
- D) Percibir por servicios complementarios no sanitarios cantidades no autorizadas.

160.- ¿Qué fórmula permite el cálculo de las camas necesarias para el trabajo hospitalario?:

- A)  $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{índice de ocupación} \cdot 365)$
- B)  $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{índice de rotación} \cdot 365)$
- C)  $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{altas} \cdot 365)$
- D)  $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{ciclo medio de la cama hospitalaria} \cdot 365)$