

CARDIOLOGÍA TEST

1. Respecto a la epidemiología de la Fibrilación Auricular:
 - a. Su incidencia es creciente con la edad y siempre mayor en varones.
 - b. La historia familiar en parientes de primer grado no se asocia a incremento del riesgo.
 - c. La progresión de formas paroxísticas a persistentes se modula por el tiempo de evolución y la patología cardiovascular asociada.
 - d. Su prevalencia es superior en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica en comparación con los pacientes con insuficiencia cardiaca y función sistólica preservada.

2. Con respecto al origen de la ectopia que frecuentemente da inicio a los episodios de Fibrilación Auricular paroxística:
 - a. La mayor parte de los mismos proceden de las venas pulmonares y tienen un origen en fenómenos de micro-reentrada anatómica que se generan en los entrecruzamientos de fibras de la pared posterior de la aurícula izquierda.
 - b. La crista terminalis, dado su bloqueo de la conducción bidireccional, no es una localización descrita como origen posible de estrasistolia que da inicio a episodios de FA paroxística.
 - c. La mayor parte de los mismos proceden de las venas pulmonares y su mecanismo más probable es la actividad desencadenada por postpotenciales.
 - d. La anisotropía del tejido circundante no influye en las características de la propagación de los impulsos ectópicos.

3. Según las guías 2021 de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica, cuál de los siguientes pacientes tendría indicación clase I para el implante de un dispositivo con terapia de resincronización (asuma que todos ellos cumplen los requerimientos de tratamiento médico optimizado y expectativa de vida):
 - a. Paciente con miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica, FEVI 30%, en ritmo sinusal, QRS mayor de 150 ms, morfología de BRIHH, clase funcional III.
 - b. Paciente con miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica, FEVI 15%, en ritmo sinusal, QRS de 170 ms, morfología de trastorno inespecífico de la conducción intraventricular, clase funcional III.
 - c. Paciente con miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica, FEVI 20%, QRS de 165 ms, morfología de BRDHH, clase funcional IV ambulatoria.
 - d. Paciente con miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica, FEVI 15%, en fibrilación auricular permanente, QRS de 170 ms, morfología de BRIHH, clase funcional IV ambulatoria.

4. Según las guías 2018 de la ESC para diagnóstico y manejo del síncope, cuál de los siguientes pacientes tendría indicación contemplada por la guía para el implante de un holter subcutáneo:
 - a. Paciente con miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica, FEVI 50% y un síncope en el contexto de un episodio único de taquicardia ventricular monomórfica sostenida.
 - b. Paciente con un único síncope, de perfil clínico neuromediado pero con consecuencia de traumatismo craneal clínicamente significativo.
 - c. Paciente con múltiples episodios de síncope de etiología no aclarada, sin criterios de alto riesgo.
 - d. Paciente con múltiples episodios de síncope de etiología no aclarada, infarto de miocardio anterior previo y FEVI de 30%.

CARDIOLOGÍA TEST

5. Según las guías 2018 de la ESC para diagnóstico y manejo del síncope, señale la correcta:
 - a. El masaje del seno carotideo es una técnica diagnóstica recomendada en pacientes de menos de 40 años con síncope recurrente de etiología no aclarada.
 - b. El test de mesa basculante es una técnica con alta especificidad, donde una respuesta positiva vasodepresora permitiría distinguir una etiología neuromediada del síncope (síncope reflejo) frente a una etiología basada en trastornos del ritmo cardiaco.
 - c. En el síncope de etiología neuromediada (síncope reflejo) no se contempla ninguna indicación de marcapasos en mayores de 40 años.
 - d. Una respuesta positiva, de tipo predominante vasodepresora, al test de mesa basculante es un predictor de recurrencia tras el implante de marcapasos en el síncope de etiología neuromediada (síncope reflejo).

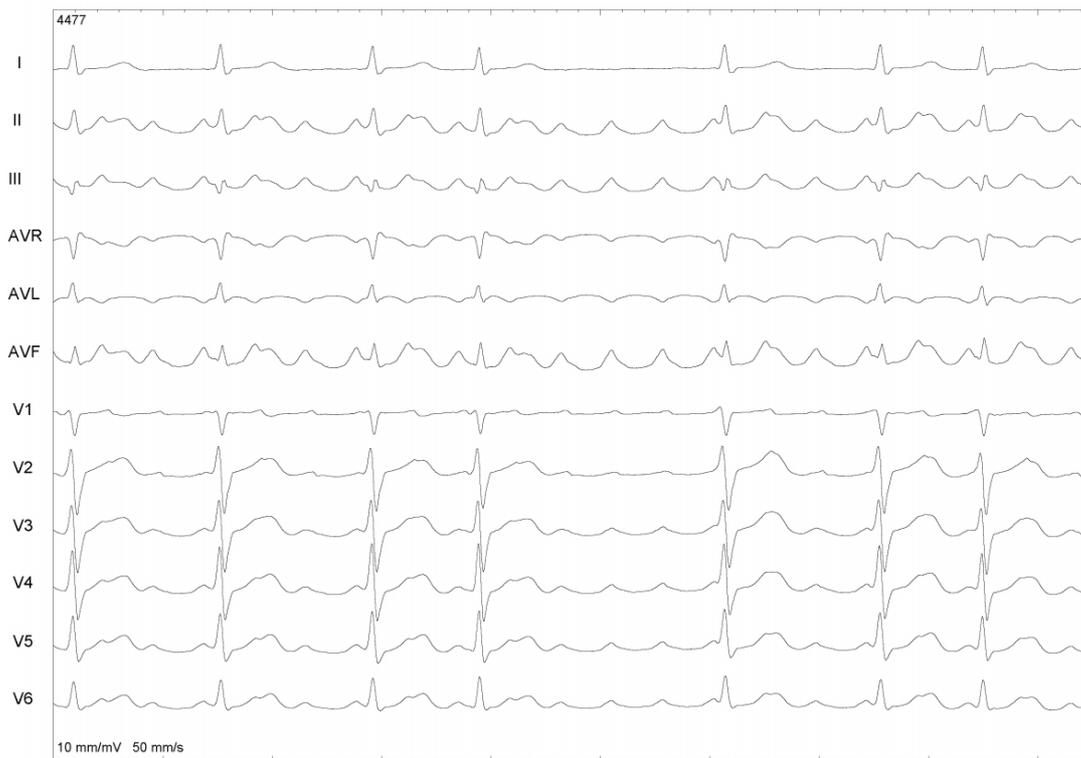
6. Para la clasificación de los síntomas de la Fibrilación Auricular se ha propuesto la escala:
 - a. HATCH.
 - b. HASBLED.
 - c. EHRA.
 - d. CAHDS.

7. Respecto a la ablación de la Fibrilación Auricular y los resultados clínicos de la misma, ¿Cuál de las siguientes es cierta?
 - a. El aislamiento de venas pulmonares es tanto más efectivo cuanto más remodelada esté la aurícula izquierda.
 - b. El estudio CABANA demuestra mayor efectividad para el control del ritmo en comparación con los fármacos, pero la calidad de vida no se ve significativamente afectada.
 - c. Las recurrencias a largos periodos de seguimiento son infrecuentes, sobre todo en el caso de la FA paroxística.
 - d. Las recurrencias a largos periodos de seguimiento son frecuentes, pero la calidad de vida se ve significativamente mejorada probablemente por una reducción también significativa de la carga arrítmica.

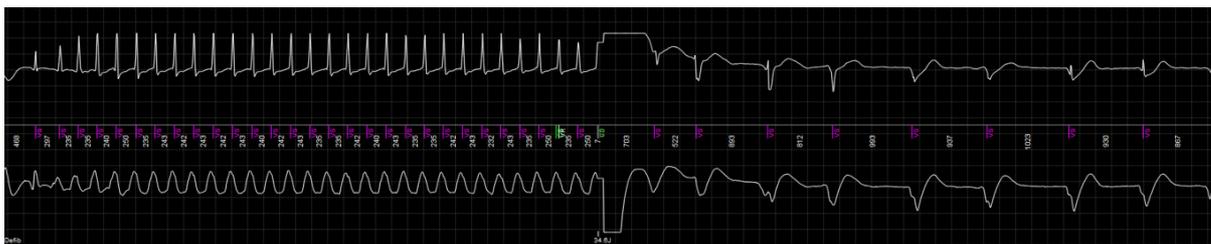
8. Señale lo correcto respecto a la anticoagulación y ablación de fibrilación auricular.
 - a. Durante el procedimiento de ablación se requieren valores aproximados de ACT de 200 segundos.
 - b. Se recomienda realizar terapia puente con HBPM previo al procedimiento.
 - c. Los consensos de ablación de fibrilación auricular recomiendan mantener el tratamiento anticoagulante durante al menos 2 meses tras el procedimiento.
 - d. La heparina de bajo peso molecular debe utilizarse durante el post operatorio inmediato.

CARDIOLOGÍA TEST

9. Un paciente de 53 años con hipertensión arterial acude a consulta por disnea. Se objetiva el siguiente ECG. ¿Cuál es el mecanismo más probable?



- a. Flutter auricular izquierdo.
b. Flutter auricular común dependiente del istmo cavo-tricúspideo.
c. Flutter auricular sobre cicatriz de atriotomía lateral derecha.
d. Futter auricular lower-loop.
10. Un paciente portador de desfibrilador automático implantable consulta por sensación de descarga. Se objetiva el siguiente trazado en los registros almacenados del dispositivo. ¿Cuál es el mecanismo más probable?



- a. Taquicardia ventricular y terapia de choque apropiada
b. Flutter auricular y terapia de choque no apropiada.
c. Taquicardia ventricular finalizada por terapia de ATP.
d. Sobresensado de onda T y terapia no apropiada.

CARDIOLOGÍA TEST

11. Un paciente portador de desfibrilador automático implantable consulta por sensación de palpitaciones. Se objetiva el siguiente trazado en los registros almacenados del dispositivo. ¿Cuál es correcta?



- Fibrilación auricular con frecuencia ventricular no controlada.
 - Ritmo sinusal con extrasistolia ventricular frecuente.
 - Taquicardia ventricular polimórfica e irregular.
 - Ruido por interferencia externa en el canal auricular.
12. Ante un paciente con una miocardiopatía dilatada, siempre debemos:
- Realizar un árbol familiar de al menos 5 generaciones.
 - Solicitar la CK (creatinquinasa).
 - Valorar afectación nerviosa periférica.
 - Tratarla como isquémica mientras no se demuestre lo contrario.
13. Respecto a la estenosis aórtica, señale la respuesta correcta:
- Debe realizarse profilaxis de la endocarditis en procedimientos invasivos en todos los tipos de estenosis aórtica.
 - En los pacientes con gradiente disminuido en contexto de una función sistólica disminuida debe realizarse un ecocardiograma de estrés con dobutamina para valorar si se trata de una estenosis aórtica severa real o una pseudoestenosis.
 - La ergometría convencional está contraindicada en todos los pacientes con estenosis aórtica.
 - Los pacientes con estenosis aórtica de bajo flujo y bajo gradiente con FEVI normal sintomáticos generalmente no son candidatos a cirugía.
14. Respecto al manejo clínico de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica, señale la opción INCORRECTA:
- El paciente debe evitar los deportes de competición.
 - Se recomienda el score CHA2DS2-VASc para valorar anticoagulación en caso de fibrilación auricular.
 - Si el riesgo de muerte súbita a los 5 años según el HCM Risk-SDC es menor del 4%, generalmente no se indica implante de desfibrilador automático.
 - Se recomienda el cribado genético en cascada, previo asesoramiento, de los familiares adultos de primer grado de pacientes con una mutación definida causante de la enfermedad.
15. El sustrato anatomopatológico que subyace con mayor frecuencia en pacientes con muerte súbita cardiaca es:
- Cicatriz de infarto crónico.
 - Placa ateromatosa coronaria complicada.
 - Fibrosis del sistema de conducción.
 - Hipertrofia miocárdica severa.

CARDIOLOGÍA
TEST

16. En el tratamiento de la insuficiencia mitral (IM), ¿cuál de estas afirmaciones NO es correcta?
- En caso de indicación quirúrgica en IM severa, si la reparación factible, siempre es preferible a la sustitución valvular.
 - En IM primaria severa crónica asintomática, con fracción de eyección >60% y diámetro telesistólico de 40 mm, está indicado el tratamiento con inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECA) profiláctico.
 - En IM aguda por rotura de músculo papilar, casi siempre es necesario el implante de una prótesis.
 - En IM primaria severa crónica asintomática, con fracción de eyección >60% y diámetro telesistólico de 50 mm, la indicación quirúrgica se establece si el riesgo quirúrgico es bajo y las posibilidades de reparación son elevadas.
17. En cuanto a la amiloidosis todo es cierto EXCEPTO:
- La afectación cardíaca se presenta hasta en 1/3 de los pacientes con amiloidosis primaria.
 - En la amiloidosis provocada por transtiretina (familiar) los pacientes presentan síntomas, por lo general, antes de los 35 años.
 - La infiltración miocárdica es menor en la amiloidosis secundaria.
 - La amiloidosis cardíaca es más frecuente en hombres.
18. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la endocarditis infecciosa es FALSA?:
- La insuficiencia cardíaca es la complicación más frecuente de la endocarditis infecciosa (50-60%)
 - La sensibilidad del ecocardiograma transtorácico en su diagnóstico oscila entre el 40-63%
 - En la endocarditis la bacteriemia es casi constante.
 - La infección incontrolada es la causa más frecuente de cirugía.
19. En los pacientes con miocardiopatía hipertrófica menores de 50 años los marcadores de riesgo de muerte súbita para prevención primaria incluyen todos los siguientes MENOS uno, señálelo:
- Antecedentes familiares de muerte prematura.
 - Espesor de la pared del ventrículo izquierdo de 30mm o más.
 - Síncope inexplicado reciente.
 - Puente miocárdico en la coronaria descendente anterior
20. Señale cuál de los siguientes parámetros de la prueba de esfuerzo NO está asociado a mal pronóstico en la enfermedad arterial coronaria multivaso:
- Ausencia de aumento de la presión arterial sistólica mayor o igual a 120 mm Hg o descenso sostenido de ≥ 10 mm Hg o por debajo de los valores medidos en reposo durante el esfuerzo progresivo.
 - Elevación aislada del segmento ST en aVR sin cambios en otras derivaciones
 - Depresión del segmento ST ≥ 2 mm, comenzando a 5 Mets y que persiste más de 5 minutos en la recuperación.
 - Taquicardia ventricular de más de 30 segundos.
21. ¿Qué fármaco antihipertensivo está contraindicado en el embarazo?:
- Enalapril
 - Alfametildopa.
 - Labetalol.
 - Nifedipino.

CARDIOLOGÍA TEST

22. En el diagnóstico de una miocarditis, ¿cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?:
- En la Cardio-RM presenta un patrón de realce tardío de gadolinio característico con afectación típica subepicárdica.
 - La biopsia miocárdica es la prueba de referencia para el diagnóstico, aunque su sensibilidad diagnóstica es escasa (entre el 35-50%).
 - La serología viral siempre se recomienda por su gran sensibilidad y especificidad.
 - Los biomarcadores carecen de especificidad, pero los niveles de Troponina T altos se relacionan con peor pronóstico.
23. En relación con la Estenosis Aórtica es cierto que:
- El diagnóstico de estenosis aórtica severa requiere la valoración del área valvular aórtica, el volumen sistólico, los gradientes de presión, la función ventricular, el tamaño y grosor de la pared, el grado de calcificación de la válvula y presión arterial, así como el estado funcional del paciente.
 - La evaluación de la gravedad de la estenosis aórtica en pacientes con bajo gradiente y fracción de eyección reducida es un reto diagnóstico que puede precisar estudio ecocardiográfico con eco dobutamina.
 - El factor más importante para la toma de decisiones quirúrgicas en la estenosis aórtica sigue siendo la presencia de síntomas (tanto espontáneos como inducidos en pruebas de ejercicio).
 - Todas las respuestas son ciertas.
24. El principal factor a tener en cuenta para indicar la anticoagulación crónica en un paciente con fibrilación auricular (FA) es:
- La estrategia de manejo (control del ritmo versus control de frecuencia).
 - El tipo de FA (paroxística versus persistente).
 - El perfil de riesgo tromboembólico y hemorrágico del paciente.
 - Todos los anteriores tienen una importancia similar.
25. Respecto al tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM), ¿cuál de las siguientes frases es FALSA?:
- La angioplastia primaria consigue mayores tasas de reperfusión y por lo tanto, mejores resultados clínicos.
 - La angioplastia primaria sigue siendo la estrategia de elección entre las 12 y 24 primeras horas desde el comienzo de los síntomas.
 - Si el hospital de ingreso de un paciente con IAM tiene capacidad de angioplastia primaria, es adecuado que este sea el método, si puede realizarse en menos de 60 minutos.
 - Si un paciente con un IAM ingresa en un hospital sin programa de angioplastia primaria y el tiempo de traslado a un centro con dicha capacidad es de 140 minutos, nunca debe efectuarse fibrinólisis.
26. En relación al manejo del paciente en shock cardiogénico, señale la respuesta correcta:
- El balón de contrapulsación intraaórtico no se recomienda de forma rutinaria.
 - En caso de necesitar presores, es preferible utilizar dopamina a noradrenalina.
 - Utilizar una carga de fluidos está contraindicado debido a la elevación de presiones de llenado.
 - La dobutamina está contraindicada, ya que aumenta la mortalidad.

CARDIOLOGÍA TEST

27. El infarto tipo 2 se suele producir por:
- La realización previa de un cateterismo terapéutico que produzca lesión silente por afectación microvascular.
 - La realización previa de cirugía cardíaca que produzca lesión silente por afectación muscular.
 - La presencia de muerte súbita previa, por el efecto de la reanimación cardíaca.
 - La presencia de comorbilidad asociada como anemia severa, taquicardia u otra patología concomitante que genere desbalance entre la oferta y la demanda.
28. Paciente valorado en urgencias por dolor torácico y con sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), se realiza ECG. Señale la respuesta FALSA:
- La presencia de ondas T negativas indican peor pronóstico.
 - El número de derivaciones que muestran descenso del segmento ST y la magnitud del descenso se correlacionan con la extensión de la isquemia y con el pronóstico.
 - Un descenso del segmento ST confiere peor pronóstico.
 - Descensos del ST con ascenso transitorio del segmento ST identifican un paciente de elevado riesgo.
29. En un paciente que presenta un síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCACEST) al que se implanta un stent farmacoactivo, que además presenta indicación para anticoagulación oral con riesgo hemorrágico alto, ¿cuál sería su recomendación más apropiada acerca de la triple terapia?
- Triple terapia con AAS+ clopidogrel durante 6 meses
 - Triple terapia con AAS+ ticagrelor durante 1 mes
 - Triple terapia con AAS + clopidogrel durante 12 meses
 - Triple terapia con AAS + clopidogrel durante 1 mes
- Referencia.- Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2021 Apr 7;42(14):1289-1367.*
30. De los siguientes fármacos de segunda línea aprobados para tratamiento de la angina crónica estable, ¿cuál es el que presenta el menor grado de recomendación en las guías de práctica clínica de la ESC?
- Nicorandil.
 - Ranolazina.
 - Ivabradina.
 - Todos tienen el mismo grado.
31. Dentro de los diferentes dispositivos de asistencia circulatoria en pacientes con infarto de miocardio complicado con shock cardiogénico, ES CIERTO QUE:
- El ECMO ha demostrado ser superior en cuanto a supervivencia frente al balón intraaórtico de contrapulsación.
 - No existe evidencia de superioridad de ninguno de los dispositivos existentes actualmente.
 - El dispositivo impella ofrece una similar eficacia al ECMO pero con menor tasa de complicaciones.
 - El balón intraaórtico es el que ofrece un mejor balance riesgo/beneficio.

CARDIOLOGÍA
TEST

32. Cuando se realiza masaje cardiaco en una parada cardiaca, las guías de práctica clínica recomiendan que la relación entre las compresiones torácicas y respiraciones sean:
- 3:1
 - 5:1 en adultos y 3:1 en niños
 - 15:2
 - 30:2
33. En relación a la antiagregación en la enfermedad coronaria, señale la respuesta INCORRECTA:
- Se recomienda clopidogrel y aspirina en pacientes con enfermedad coronaria estable que se someten a implante de stent.
 - En pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST se recomienda clopidogrel y aspirina, independientemente de la estrategia terapéutica inicial.
 - Se recomienda clopidogrel y AAS para pacientes con IAM con elevación del segmento ST que se someten a trombolisis.
 - No se recomienda el prasugrel para pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST cuya anatomía coronaria no se conozca.
34. Sobre las complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio todo es cierto EXCEPTO:
- La rotura septo interventricular en zona apical se asocia a infarto anterior.
 - La rotura de pared libre se produce con más frecuencia en los primeros 5 días post-infarto.
 - La rotura de pared libre se suele producir en la unión de tejido infartado con el sano.
 - La causa más frecuente de insuficiencia mitral aguda es la ruptura del músculo papilar anterolateral.
35. El Índice Casuístico por pesos de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) de un Hospital expresa la complejidad media en función de:
- La severidad y morbilidad atendida.
 - El consumo de recursos utilizados.
 - La Estancia observada de cada GRD.
 - La Estancia Media Esperada de cada GRD.
36. Cuando se hace mención a la eficiencia de una intervención sanitaria, se quiere decir que:
- Se han reducido los costes
 - Se han conseguido los objetivos marcados con el menor coste posible
 - Se han alcanzado todos los objetivos marcados
 - Se han reducido los costes al reducir los objetivos.
37. Con respecto al tratamiento de la estenosis mitral, ¿qué afirmación es FALSA?:
- El cálculo del índice de Wilkins es indispensable para determinar la idoneidad de la válvula para un tratamiento percutáneo.
 - El tratamiento médico es poco eficaz, siendo la cirugía o la valvuloplastia con balón los tratamientos de elección.
 - La cirugía se reserva para aquellos casos con anatomía desfavorable para la valvuloplastia percutánea.
 - Un índice de Wilkins superior a 12 no contraindica nunca una valvuloplastia percutánea.

CARDIOLOGÍA
TEST

38. ¿En qué paciente con insuficiencia mitral severa NO consideraría el tratamiento quirúrgico?:
- Asintomático, con FEVI \geq 60%, DTSVI de 40 mm y baja probabilidad de reparación.
 - Sintomático, con FEVI $>$ 30% y DTSVI de 55 mm.
 - Asintomático, con FEVI de 45 %.
 - Sintomático en GBF III/IV NYHA a pesar de tratamiento médico, con FEVI 55 mm con probabilidad alta de reparación y baja comorbilidad.
39. ¿En cuál de las siguientes situaciones NO está indicada la revascularización por pronóstico, en un paciente con enfermedad coronaria estable?
- Hombre de 70 años con lesión en descendente anterior proximal del 85% con reserva fraccional de flujo (FFR) de 0.92.
 - Mujer de 53 años diabética con enfermedad de dos vasos con isquemia demostrada y fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 37%.
 - Mujer de 78 años con isquemia significativa del 14% del territorio del ventrículo izquierdo.
 - Mujer de 66 años con enfermedad del tronco común del 50% con reserva fraccional de flujo de 0.70.
40. Cada una de las siguientes afirmaciones acerca de la trombosis de los stent coronarios es correcta EXCEPTO:
- El más fuerte predictor de los niveles de trombosis de stent es la interrupción prematura del doble tratamiento antiplaquetario.
 - La trombosis de stent se ha documentado de que se produce con mayor frecuencia un año después de la colocación de stent farmacoactivo.
 - La implantación de un stent farmacoactivo debe evitarse en los pacientes para los cuales la cirugía no cardíaca está prevista dentro de 12 meses.
 - La trombosis de stent es más probable que ocurra en personas con diabetes o insuficiencia renal que en los pacientes sin estas condiciones.
41. Respecto a las técnicas de diagnóstico intracoronario, la tomografía de coherencia óptica permite valorar con más precisión que el IVUS todo lo siguiente EXCEPTO:
- Mala aposición del stent.
 - Trombo intraluminal.
 - Carga de placa aterosclerótica.
 - Grosor de la capa fibrosa.
42. ¿Cuál de las siguientes anatomías coronarias tiene una mayor recomendación de revascularización coronaria mediante intervencionismo coronario que con cirugía de revascularización coronaria?
- Lesión severa de tronco común izquierdo y SYNTAX score bajo (menor o igual a 22).
 - Lesión severa de dos vasos con afectación de DA proximal.
 - Lesión severa de dos vasos sin afectación de DA proximal.
 - Enfermedad coronaria de tres vasos con SYNTAX score bajo (menor o igual a 22).

CARDIOLOGÍA TEST

43. En relación al tratamiento de reducción septal en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva, indique la afirmación correcta:
- La reducción septal está indicada en pacientes asintomáticos con gradiente subaórtico en reposo >50 mmHg.
 - Rara vez es necesario realizar ecocardiografía con contraste antes de la ablación septal con alcohol.
 - La miectomía quirúrgica es preferible a la ablación septal con alcohol en pacientes jóvenes con septo >30 mm.
 - La mayoría de los pacientes sometidos a miectomía septal precisan reparación o sustitución mitral concomitante.
44. En relación con el péptido natriurético en el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, señale la FALSA:
- Valores normales hacen improbable el diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda.
 - Los valores de corte para considerar el test anormal son mayores en el contexto de insuficiencia cardiaca aguda con respecto a la crónica.
 - Valores elevados son suficientes para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca debido a su alto poder predictivo positivo.
 - Existen factores como la edad avanzada, la insuficiencia renal o la obesidad que pueden alterar el resultado.
45. De los siguientes fármacos que se mencionan, indique cuál de ellos NO se debe utilizar en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y FEVI reducida:
- Digoxina.
 - Enalapril.
 - Diltiazem.
 - Carvedilol.
46. Los antagonistas de los receptores mineralcorticoides se utilizan en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Indique la respuesta INCORRECTA:
- Está contraindicada su utilización con IECA.
 - Antes de iniciar el tratamiento con estos fármacos se debe conocer la función renal y el potasio sérico.
 - Se recomienda monitorizar la función renal y el potasio sérico.
 - La hiperpotasemia es un efecto adverso relativamente frecuente.
47. En relación al Sacubitril/Valsartan en pacientes con insuficiencia cardiaca y función sistólica reducida, ¿cuál es la respuesta correcta?
- Ha demostrado disminuir la mortalidad añadido al tratamiento con IECA, betabloqueante y antialdosterónico.
 - Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el IECA, en pacientes bajo betabloqueante y antialdosterónico.
 - Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el antialdosterónico en pacientes bajo IECA y betabloqueante.
 - Ha demostrado disminuir la mortalidad al sustituir el betabloqueante en pacientes bajo IECA y antialdosterónico.

CARDIOLOGÍA TEST

48. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO es de mal pronóstico en el paciente con insuficiencia cardíaca avanzada?
- Consumo máximo de oxígeno 10 ml/kg por minuto.
 - Disfunción ventricular izquierda con FEVI del 25%.
 - Hiponatremia.
 - Valores de BNP (péptido natriurético tipo B) disminuidos (100 pg/ml).
49. Con respecto a los dispositivos de asistencia mecánica circulatoria, ¿qué frase es INCORRECTA?:
- Se trata de dispositivos que pueden ser utilizados en espera para la toma de decisiones sobre la trasplantabilidad de un paciente, cuando este presenta alguna contraindicación relativa.
 - Pueden ser dispositivos para una asistencia a corto plazo en un fracaso de bomba post-cirugía cardíaca.
 - Están indicados en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda con patologías de base potencialmente recuperables.
 - Pueden ser utilizados como terapia de destino o definitiva en pacientes no trasplantables.
50. Para una mejor caracterización del tejido miocárdico en caso de sospecha de miocarditis, amiloidosis, sarcoidosis, enfermedad de Chagas, enfermedad de Fabry, miocardiopatía no compactada y hematocromatosis, ¿Cuál es la mejor prueba diagnóstica?
- Una ecocardiografía de estrés.
 - Una resonancia magnética cardíaca.
 - Una tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) cardíaca.
 - Una tomografía axial computarizada (TC) cardíaca.
51. Son criterios de uso apropiado de la tomografía computarizada en cardiología todos los siguientes EXCEPTO:
- Dolor torácico atípico en paciente con electrocardiograma no interpretable y probabilidad pre-test baja de enfermedad coronaria.
 - Cuantificación del calcio coronario en pacientes asintomáticos de bajo riesgo, pero con historia familiar de cardiopatía isquémica precoz.
 - Dolor torácico posiblemente anginoso en paciente con probabilidad pre-test alta de enfermedad coronaria, ECG interpretable y capacidad de realizar ejercicio.
 - Valoración de cardiopatía congénita del adulto.
52. Con respecto a la detección de viabilidad miocárdica mediante la ecocardiografía de estrés ¿cuál de estas respuestas es la INCORRECTA?:
- La ausencia de respuesta en la función contráctil es característica del miocardio hibernado.
 - El tipo de estrés más estudiado con diferencia es el de la dobutamina a dosis bajas.
 - La respuesta bifásica esperable del miocardio hibernado consiste en una mejoría de la contractilidad a dosis bajas de dobutamina seguida de un empeoramiento (isquemia) con dosis altas.
 - El signo ecocardiográfico más empleado es una mejora de la función contráctil segmentaria, inducida por un estrés a baja carga en una región miocárdica que presenta una disinerxia en reposo.

CARDIOLOGÍA TEST

53. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la determinación del score de calcio coronario mediante Cardio-TC es CORRECTA?:
- Un score de 0 en pacientes sintomáticos, excluye con absoluta certeza la presencia de estenosis coronaria significativa.
 - La principal limitación del score de calcio es el empleo de dosis altas de radiación, cercana a los 25 mSv.
 - Un score de calcio de >400 coloca a un paciente asintomático en un grupo de riesgo cardiovascular alto.
 - Los pacientes que más se benefician de la cuantificación de calcio coronario son aquellos de alto riesgo cardiovascular de acuerdo con los factores de riesgo tradicionales o los pacientes sintomáticos.
54. Respecto al diagnóstico de la estenosis aórtica severa con fracción de eyección normal:
- Si el área valvular aórtica (AVA) $> 1 \text{ cm}^2$ y el volumen sistólico indexado $\leq 35 \text{ ml/m}^2$ se considera siempre una estenosis aórtica severa.
 - Si el AVA $\leq 1 \text{ cm}^2$ y el volumen sistólico indexado $\leq 35 \text{ ml/m}^2$ la realización de una tomografía computarizada con evaluación del score de calcio puede ayudar a clasificar el grado real de severidad de la estenosis.
 - Si el gradiente aórtico es elevado ($> 40 \text{ mmHg}$) siempre se considera una estenosis aórtica severa independientemente del flujo.
 - Si el gradiente aórtico es bajo ($< 40 \text{ mmHg}$) y el AVA es $\leq 1 \text{ cm}^2$ la estenosis aórtica siempre es moderada.
55. ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación de prueba de imagen nuclear?
- Estratificación del riesgo en la cardiopatía isquémica crónica.
 - Diagnóstico de enfermedad coronaria en asintomáticos.
 - Evaluación de viabilidad miocárdica.
 - Diagnóstico y pronóstico en pacientes con SCASEST.
56. Con respecto al patrón del strain longitudinal global en la amiloidosis, señale la respuesta correcta:
- Es un patrón normal.
 - Es un patrón patológico de forma global.
 - Es más patológico en los segmentos basales y medios y menos patológico en segmentos apicales.
 - Es más patológico en los segmentos apicales y menos patológico en segmentos basales y medios.
57. Los criterios de consenso de Lake Louise para el diagnóstico de miocarditis aguda mediante resonancia cardíaca incluyen la presencia de al menos dos de los siguientes, EXCEPTO:
- Aumento de la señal focal o difusa en las secuencias potenciadas en T2.
 - Realce precoz con gadolinio en las secuencias potenciadas en T1.
 - Al menos un foco de realce tardío focal de distribución no isquémica en las secuencias potenciadas en T1.
 - La presencia de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y/o derrame pericárdico.

CARDIOLOGÍA
TEST

58. Son características de la tomografía por emisión de positrones cardiaca todas las siguientes EXCEPTO:
- Permite valorar la viabilidad miocárdica mediante el análisis de su flujo y metabolismo.
 - Tiene mejor resolución temporo-espacial que la tomografía por emisión de fotón único.
 - Se pueden obtener imágenes 24 horas después de la inyección del radiofármaco metabólico.
 - Puede ser útil en el diagnóstico y seguimiento de la sarcoidosis cardiaca.
59. En relación a la cardi resonancia magnética (CRM) en las miocardiopatías, todas las siguientes afirmaciones son verdaderas, EXCEPTO:
- La CRM es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico inicial tras la sospecha clínica.
 - Es posible la caracterización tisular mediante la aplicación de secuencias específicas con y sin contraste paramagnético.
 - Es especialmente útil en la identificación de patologías inflamatorias e infiltrativas.
 - Permite una aproximación morfológica y funcional con alta resolución espacial (mejor visualización que la ecocardiografía transtorácica).
60. ¿Qué considera primordial a la hora de elegir un tratamiento antidiabético?
- Su potencia para reducir Hemoglobina glicada.
 - El beneficio cardiovascular demostrado.
 - La función renal.
 - Su efecto sobre el peso.
61. En relación con la diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:
- Cerca del 75% de las muertes en los pacientes diabéticos están en relación con enfermedad coronaria.
 - Se recomienda terapia hipolipemiente en diabéticos por encima de 40 años independientemente de que tengan o no enfermedad vascular establecida.
 - El tratamiento antiagregante está indicado en prevención primaria en todo paciente diabético tipo 2.
 - Se recomienda un objetivo de HbA1c inferior a 7 para disminuir el riesgo vascular y complicaciones microvasculares.
62. Todos los siguientes factores, menos uno, aumentan la adherencia al tratamiento de prevención secundaria. Señálelo:
- El uso de la polipíldora.
 - El uso de fármacos más baratos.
 - El peor pronóstico de la enfermedad de base.
 - El asesoramiento por parte de enfermería y/o farmacéuticos.
63. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo tiene más peso específico en la prevención secundaria?
- El tabaco.
 - La hipertensión.
 - La diabetes.
 - La dislipemia.

CARDIOLOGÍA
TEST

64. ¿Cuál es la mejor prueba de isquemia a realizar en una persona joven de 25 años con dolor de características atípicas para isquemia, sin relación alguna con ejercicio, más sugerente de origen osteomuscular y reproducible a la palpación, pero que fuma habitualmente, para descartar isquemia?
- Ergometría, al no ser invasiva, accesible y muy útil para descartar isquemia coronaria en esta situación.
 - AngioTAC coronario para anomalías coronarias inesperadas.
 - Con ECG y ecocardiografía suficiente por bajo riesgo isquémico.
 - Ninguna. No ayudarían en nada en este cuadro clínico.
65. ¿Cuál es la mejor prueba de isquemia a realizar en una persona de 85 años con dolor de características típicas para isquemia, con discretos cambios del ST con y sin dolor y discreta elevación de troponinas, si cuenta con antecedentes de tabaquismo?
- Un cateterismo coronario realizado únicamente como prueba de isquemia.
 - AngioTAC coronario por la probable presencia de lesión coronaria.
 - Una ecocardiografía de estrés dada la edad del paciente.
 - Ninguna. Tendría indicación directa de realización de cateterismo coronario dados los hallazgos.
66. ¿Sobre cuál de los siguientes aspectos tiene un MENOR impacto la reducción de peso en los pacientes con sobrepeso u obesidad?:
- HTA.
 - Diabetes mellitus.
 - Infarto agudo de miocardio.
 - Ictus.
67. ¿Cuál de estos antihiper glucemiantes NO utilizaría en un paciente diabético con insuficiencia cardíaca?:
- Pioglitazona.
 - Agonista GLP-1.
 - Metformina.
 - Inhibidor SGLT2.
68. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la rehabilitación cardíaca y la ergoespirometría:
- La ergometría convencional sobreestima la capacidad funcional medida en METs de un sujeto frente a la ergoespirometría que permite cuantificar los METs reales.
 - Un paciente con una capacidad funcional 5 METs se considera un paciente de riesgo moderado en la estratificación de riesgo en programas de rehabilitación cardíaca.
 - En los programas de rehabilitación cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca se recomienda la realización de ergoespirometría frente a la ergometría convencional.
 - La ergoespirometría permite estratificar el riesgo, programar el entrenamiento y evaluar resultados en programas de rehabilitación cardíaca.
69. La cardiopatía más frecuente asociada a la ataxia de Friedreich es:
- Miocardiopatía dilatada.
 - Arritmias ventriculares.
 - Miocardiopatía hipertrófica.
 - No existe una cardiopatía concreta asociada a esta enfermedad.

CARDIOLOGÍA TEST

70. Dentro de las manifestaciones cardíacas de la hemorragia subaracnoidea, es cierto que:
- En la mayoría de los casos se producen alteraciones en segmento ST.
 - Con frecuencia se acorta el intervalo QT.
 - Generalmente aparecen ondas T positivas, picudas y simétricas.
 - No aparecen onda Q patológicas.

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En relación a la prevalencia de obesidad en España:
- La prevalencia de obesidad general es mayor entre los varones que las mujeres, y la prevalencia de obesidad abdominal es mayor entre las mujeres que entre los varones.
 - La prevalencia de obesidad general y abdominal es mayor entre los varones que en las mujeres.
 - La prevalencia de obesidad general y abdominal es mayor entre las mujeres que en los hombres.
 - La prevalencia de obesidad general es mayor entre las mujeres que los varones, y la prevalencia de obesidad abdominal es mayor entre los varones que entre las mujeres.
72. Señale cuál de las siguientes secuencias de cardio-resonancia no pertenece al protocolo de estudio de la patología que se cita a continuación.
- Sangre negra potenciada en T1/T2 - Patología pericárdica.
 - Contraste de fase - Insuficiencia aórtica.
 - Realce tardío - Miocardiopatía dilatada.
 - Resonancia marcada (tagging) - Masas cardíacas.
73. En los ensayos clínicos que estudian los anticoagulantes de acción directa en pacientes revascularizados con stent, señale la opción FALSA:
- El PIONEER estudia dos regímenes de rivaroxabán frente a la triple terapia (dicumarínicos, clopidogrel y aspirina).
 - En el REDUAL PCI se demuestra que dabigatrán con clopidogrel es más seguro que los dicumarínicos en triple terapia, con similar eficacia.
 - El objetivo secundario de todos estos estudios es la seguridad de los anticoagulantes directos frente a los dicumarínicos.
 - El ENTRUST ha demostrado que la doble terapia con edoxabán no es más eficaz que la triple terapia con este mismo fármaco y clopidogrel.
74. Los medicamentos genéricos de un medicamento de referencia, autorizado conforme a la normativa vigente, no se comercializarán hasta que hayan transcurrido:
- Doce años desde la fecha de autorización inicial del medicamento de referencia.
 - Diez años desde la fecha de autorización inicial del medicamento de referencia.
 - Cinco años desde la fecha de autorización inicial del medicamento de referencia.
 - Quince años desde la fecha de autorización inicial del medicamento de referencia.
75. La recomendación de considerar la prolongación de DAPT durante 3 años si riesgo de sangrado bajo en los pacientes diabéticos es una recomendación clase:
- IA
 - IIA
 - IIB
 - III