MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CUADERNO DE EXAMEN

CARDIOLOGÍA

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: 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 a la Mesa.

2. El cuestionario se compone de 70 preguntas más 5 de reserva.

3. La “Hoja de Respuestas” se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. **Recuerde que debe completar sus datos personales y firmar esta Hoja.**

4. **Compruebe que la respuesta que va a señalar en la “Hoja de Respuestas” corresponde al número de pregunta del cuestionario**.

5. **Solo se valoran** las respuestas marcadas en la “Hoja de Respuestas”, siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.

6. Si inutiliza su “Hoja de Respuestas” pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y no olvide completar sus datos personales.

7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **una hora y media improrrogable y que no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.**

8. Están **prohibidos** el uso de **calculadoras** y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

1. ¿Cuál de las siguientes NO es un hallazgo típico en la exploración física de un paciente con insuficiencia aórtica?:

A) Soplo diastólico precoz para esternal.
B) Pulso bisferiens.
C) Pulso anácroto.
D) Latido del ápex hiperquinético.

2. ¿Cuál NO es un criterio mayor de endocarditis?:

A) Hemocultivo positivo.
B) PET/TAC con captación anómala.
C) Absceso en ecocardiograma transesofágico.
D) Vegetación en ecocardiograma transtorácico.

3. En el ecocardiograma, ¿cuál es el hallazgo MENOS sugestivo de hipertensión pulmonar?:

A) Excursión del anillo tricuspídeo aumentada.
B) Dilatación de cavidades derechas.
C) Septo interventricular desplazado hacia la izquierda.
D) Insuficiencia tricúspide.

4. En una pericarditis aguda, ¿qué es el signo de Spodick?:

A) La depresión del segmento PR.
B) La depresión del segmento ST.
C) La elevación del segmento ST.
D) La elevación del segmento PR.

5. Históricamente, ¿cuál es la indicación MÁS frecuente del trasplante cardiaco?:

A) Cardiopatías congénitas.
B) Disección de aorta.
C) Cardiopatía isquémica.
D) Retrasplante cardiaco.

6. Según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿cuál de las siguientes intervenciones tiene recomendación clase I en el tratamiento del síncope vasovagal recurrente con pródromos?:

A) Maniobras de contrapresión física isométrica.
B) Betabloqueantes.
C) Mineralocorticoides
D) Inhibidores de la recaptación de serotonina.

7. ¿Cuál es la causa MÁS frecuente de taquicardia ventricular monomórfica?:

A) El infarto de miocardio previo.
B) El infarto agudo de miocardio.
C) La miocardiopatía dilatada.
D) La displasia arritmogénica de ventrículo derecho.

8. ¿Cuál de los siguientes NO forma parte de la tetralogía de Fallot?:

A) Estenosis pulmonar.
B) Comunicación interventricular.
C) Hipertrofia del ventrículo derecho.
D) Desplazamiento de la válvula tricúspide.

9. Indique la respuesta VERDADERA:

A) En el pulso venoso yugular la onda "a" se produce por la relajación pasiva de la aurícula derecha.
B) El pulso anácroto es típico de la miocardiopatía hipertrófica.
C) El signo de Kussmaul es un aumento de la presión venosa central durante la inspiración.
D) El 2º ruido cardiaco corresponde al cierre de las válvulas aurículo-ventriculares

10. Según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿cómo se define la hipertensión pulmonar?:

A) Presión de la arteria pulmonar media de ≥ 15 mm Hg en reposo.
B) Presión de la arteria pulmonar media de ≥ 20 mm Hg en reposo.
C) Presión de la arteria pulmonar media de ≥ 25 mm Hg en reposo.
D) Presión de la arteria pulmonar media de ≥ 30 mm Hg en reposo.

11. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO se encuentra en la miocardiopatía restrictiva?:

A) Presiones de llenado elevadas.
B) Movimiento sistólico anterior de la válvula mitral.
C) Fracción de eyección del ventrículo izquierdo normal o ligeramente reducida.
D) Bajo voltaje y alteraciones de la conducción en el ECG.

12. La clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) describe la limitación marcada de la actividad física como estadio:

A) I.
B) II.
C) III.
D) IV.

13. Respecto a las taquicardias ventriculares monomórficas, señale la respuesta FALSA:

A) Son taquicardias regulares de QRS ancho.
B) Se suelen asociar a cardiopatía.
C) Las bien toleradas se pueden tratar con amiodarona.
D) Son frecuentes en el síndrome de QT largo.

14. ¿Cómo se define el pulso paradójico?:

A) Descenso de la PAS > 10 mmHg con la espiración.
B) Descenso de la PAD > 10 mmHg con la espiración.
C) Descenso de la PAS > 10 mmHg con la inspiración.
D) Descenso de la PAD > 10 mmHg con la inspiración.

15. ¿Cómo se define la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida?:

A) Fracción de eyección igual o inferior al 40%.
B) Fracción de eyección inferior al 50%.
C) Fracción de eyección entre 41 y 49%.
D) Fracción de eyección igual o superior al 50%.

16. Un paciente con una presión capilar pulmonar muy elevada y un índice cardiaco muy bajo se puede clasificar en una de las siguientes categorías, señálela:

A) Paciente frío y húmedo.
B) Paciente frío y seco.
C) Paciente caliente y húmedo.
D) Paciente caliente y seco.

17. ¿Qué afirmación de las siguientes es FALSA respecto al Síndrome de Wellens en fases iniciales?:

A) Presencia de ondas Q en precordiales.
B) Ondas T invertidas bifásicas o profundas en V2-V3 (puede extenderse a V1-V6).
C) Segmento ST isoeléctrico o mínimamente elevado (<1mm).
D) Marcadores cardíacos normales o levemente elevados.

18. En relación con la miocardiopatía restrictiva, señale la respuesta FALSA:

A) Ventrículo izquierdo pequeño, con aurícula grande.
B) Variación respiratoria marcada del pico de velocidad de la onda E mitral.
C) El ECG presenta bajos voltajes con imagen de pseudoinfarto, fibrilación auricular y desviación del eje izquierdo.
D) En la exploración física puede estar presente el signo de Kussmaul.

19. En relación con la displasia arritmogénica del ventrículo derecho, señale la respuesta FALSA:

A) Es más frecuente en hombres.
B) Es una enfermedad genética de los desmosomas.
C) El síndrome de Carvajal afecta al ventrículo izquierdo y es autosómico recesivo.
D) La enfermedad de Naxos afecta al ventrículo derecho y el autosómica recesiva.

20. En relación con el soplo de la miocardiopatía hipertrófica, todas las siguientes maniobras aumentan la intensidad del mismo, EXCEPTO una, señálela:

A) Bipedestación.
B) Cuclillas.
C) Administración de vasodilatadores.
D) Maniobra de Valsalva

21. ¿Cuál es la cardiopatía congénita MÁS frecuente en el niño?:

A) La comunicación interauricular.
B) La comunicación interventricular.
C) La coartación de aorta.
D) Ductus arterioso persistente.

22. Señale la respuesta FALSA en relación a la localización de las siguientes lesiones:

A) Retina: manchas de Roth.
B) Uñas: hemorragias en astilla.
C) Manos: lesiones de Janeway.
D) Párpados: nódulos de Osler.

23. La triada de Beck característica del taponamiento cardiaco incluye:

A) Hipotensión arterial, ingurgitación yugular y ruidos cardiacos apagados.
B) Hipotensión arterial, bradicardia y soplo diastólico.
C) Ingurgitación yugular, pulso bisferiens y taquicardia ventricular.
D) Hipotensión arterial, edema pulmonar y soplo sistólico mitral.

24. ¿Cuál es la reducción aproximada media de los niveles de LDL que podemos conseguir con la administración del ácido bempedoico en monoterapia?:

A) 10%.
B) 15%.
C) 23%.
D) 38%.

25. ¿A partir de qué edad se recomienda iniciar tratamiento con estatinas en prevención primaria en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, independientemente del riesgo cardiovascular estimado y de los niveles de colesterol LDL?:

A) 30 años.
B) 40 años.
C) 50 años.
D) 55 años.

26. Según las recomendaciones más recientes de las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿cuál es la duración mínima recomendada del tratamiento con colchicina en el primer episodio de pericarditis aguda?:

A) 6 semanas.
B) Al menos 3 meses.
C) Al menos 6 meses.
D) 4 semanas.

27. ¿Cuál es el siguiente escalón terapéutico recomendado en pacientes con pericarditis recurrente que fracasan al tratamiento con Aspirina (ácido acetilsalicílico) /AINE y colchicina?:

A) Corticoesteroides en monoterapia a dosis altas.
B) Azatioprina en monoterapia.
C) Antagonistas de la IL-1.
D) Inmunoglobulinas intravenosas.

28. ¿Cómo es el patrón típico de realce tardío de gadolinio en la miocarditis?:

A) Subendocárdico, siguiendo la distribución de una arteria coronaria
B) No isquémico: en pared media, subepicárdico o en parche, sin distribución arterial coronaria
C) Transmural, localizado en el territorio de la arteria descendente anterior
D) Difuso y homogéneo, afectando por igual a todos los segmentos miocárdicos.

29. Señale la respuesta VERDADERA en relación a la administración de los anticoagulantes orales de acción directa durante el embarazo:

A) Pueden usarse en el primer trimestre si hay contraindicación a heparina.
B) Se pueden usar a partir del segundo trimestre.
C) No se recomiendan durante el embarazo.
D) Son el tratamiento de elección en la embolia pulmonar aguda del embarazo.

30. La miocardiopatía periparto se define como insuficiencia cardiaca con FEVI reducida, sin otra causa que la explique, que aparece en el periparto o en los meses tras el parto. ¿Cuál es el umbral de FEVI establecido en la definición?:

A) FEVI <55%.
B) FEVI <45%.
C) FEVI <40%.
D) FEVI <35%.

31. Según las guías específicas de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, en las mujeres embarazadas con válvulas mecánicas cardiacas anticoaguladas con antagonistas de la vitamina K, ¿a partir de qué semana de gestación se recomienda interrumpir estos fármacos e iniciar heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada?:

A) Semana 28 de gestación
B) Semana 32 de gestación
C) Semana 36 de gestación
D) Semana 34 de gestación.

32. En las mujeres con síndrome de QT largo, ¿cuál es el betabloqueante de elección recomendado durante el embarazo y la lactancia?:

A) Atenolol o bisoprolol.
B) Metoprolol o carvedilol.
C) Nadolol o propranolol.
D) Labetalol o sotalol.

33. ¿Cuál es el tumor cardiaco primario benigno MÁS frecuente en adultos?:

A) Mixoma.
B) Fibroma.
C) Hemangioma.
D) Rabdomioma.

34. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, en la insuficiencia mitral primaria grave asintomática, en pacientes de bajo riesgo sin disfunción ventricular, se recomienda la reparación quirúrgica (clase I) en los centros especializados si se cumplen al menos tres de cuatro criterios, entre los que se incluyen fibrilación auricular, dilatación de la aurícula izquierda e hipertensión pulmonar en reposo. ¿Cuál es el cuarto criterio?:

A) Gradiente transmitral >10 mmHg.
B) Diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo indexado a la superficie corporal ≥ 20 mm/m^2.
C) Diámetro telesistólico del VI ≥ 45 mm.
D) Insuficiencia tricuspídea secundaria de grado moderado o superior.

35. Según las guías específicas de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿Cuáles son los valores de la puntuación de calcio valvular aórtico por TC que indican estenosis aórtica grave?:

A) >1000 UA en hombres y >600 UA en mujeres.
B) >1500 UA en hombres y >800 UA en mujeres.
C) >2000 UA en hombres y >1200 UA en mujeres.
D) >3000 UA en hombres y >2000 UA en mujeres.

36. ¿Cuál de las siguientes enfermedades se caracteriza en la resonancia magnética cardiaca por realce tardío de gadolinio subepicárdico e intramiocárdico con predilección por el septo basal y los puntos de inserción del ventrículo derecho?:

A) Enfermedad de Chagas.
B) Sarcoidosis.
C) Hemocromatosis.
D) Post miocarditis.

37. Señale la respuesta VERDADERA en relación al manejo de la trombosis de prótesis mecánica. ¿Cuál de las siguientes variables favorece la fibrinolisis sobre la cirugía?:

A) Trombosis valvulares del lado derecho.
B) Shock cardiogénico.
C) Evento tromboembólico.
D) Trombo grande.

38. En relación a la evaluación funcional invasiva de lesiones intermedias, una lesión se considera significativa si el iFR (índice diastólico instantáneo sin ondas) es inferior o igual a un valor concreto, señálelo:

A) 0,89.
B) 0,8.
C) 0,7.
D) 0,79.

39. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿cuál es el objetivo de cLDL recomendado (clase I) para todos los pacientes con síndrome coronario crónico?:

A) <70 mg/dl (1,8 mmol/l) y reducción ≥30% del LDL basal.
B) <55 mg/dl (1,4 mmol/l) y reducción ≥50% del LDL basal.
C) <40 mg/dl (1,0 mmol/l) en todos los casos.
D) <70 mg/dl (1,8 mmol/l) y reducción ≥50% del cLDL basal.

40. ¿Cuál es el tratamiento de la angina vasoespástica aislada?:

A) Betabloqueantes cardioselectivos a dosis altas.
B) Nitratos de acción prolongada en monoterapia.
C) Bloqueadores de los canales del calcio para controlar los síntomas y prevenir la isquemia.
D) Ranolazina combinada con nitratos de acción rápida.

41. ¿Cuál de los siguientes NO es una entidad de riesgo alto en la escala de riesgo de detección de disección aórtica?:

A) Diabetes mellitus.
B) Valvulopatía aórtica conocida.
C) Historia familiar de enfermedad aórtica.
D) Síndrome de Marfan.

42. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿en qué pacientes está recomendado el cribado del aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía?:

A) Todos los hombres con edad igual o superior a 60 años independientemente del historial de tabaquismo.
B) Mujeres con edad igual o superior a 65 años con historia de tabaquismo.
C) Hombres con edad igual o superior a 65 años con historia de tabaquismo, para reducir el riesgo de muerte por rotura del AAA
D) Todos los pacientes con hipertensión arterial y edad superior o igual a 55 años.

43. Dentro de los fenotipos de válvula aórtica bicúspide fusionada, ¿cuál es la MÁS frecuente?:

A) Fusión de cúspide derecha e izquierda.
B) Fusión de cúspide derecha y no coronaria.
C) Fusión de cúspide izquierda y no coronaria.
D) Fusión laterolateral.

44. En el síndrome de Marfan, ¿cuál es el umbral de diámetro de los senos aórticos para indicar la cirugía de la raíz aórtica?:

A) ≥40 mm.
B) ≥45 mm.
C) ≥50 mm.
D) ≥55 mm.

45. En el seguimiento de pacientes tratados con antraciclinas o trastuzumab, ¿qué técnica es MÁS sensible para detectar disfunción subclínica?:

A) Fracción de eyección por método de Simpson.
B) Strain longitudinal global.
C) Velocidad Doppler tisular mitral.
D) Grosor parietal de la aurícula izquierda.

46. En relación al tratamiento de la estenosis aórtica, ¿cuál de las siguientes variables favorece TAVI frente a la cirugía:

A) Válvula aórtica bicúspide.
B) Alto riesgo de oclusión coronaria.
C) Aorta en porcelana.
D) Anillo aórtico grande.

47. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿cómo se define en consulta "presión arterial elevada"?:

A) Presión arterial sistólica ≥130 mmHg o presión arterial diastólica ≥80 mmHg
B) Presión arterial sistólica 120-139 mmHg y/o presión arterial diastólica 70-89 mmHg
C) Presión arterial sistólica 130-139 mmHg y/o presión arterial diastólica 80-89 mmHg
D) Presión arterial sistólica ≥130 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥75 mmHg.

48. ¿Cuáles son los fármacos recomendados para el tratamiento de la hipertensión grave en el embarazo?:

A) IECA, labetalol intravenoso e hidralazina intravenosa.
B) ARA II, nifedipino oral y metildopa oral.
C) Labetalol intravenoso, metildopa oral o nifedipino oral.
D) Atenolol oral, nitroprusiato sódico e hidralazina.

49. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿A partir de qué edad se recomienda la evaluación rutinaria del ritmo cardiaco durante las visitas médicas para la detección precoz de fibrilación auricular?

A) ≥75 años.
B) ≥70 años con factores de riesgo cardiovascular.
C) ≥65 años.
D) ≥60 años con hipertensión arterial o diabetes.

50. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿cuál es el fármaco recomendado (clase I) para el mantenimiento del ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida que requieren tratamiento antiarrítmico a largo plazo?:

A) Dronedarona.
B) Flecainida.
C) Sotalol.
D) Amiodarona.

51. Según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿a partir de qué una puntuación CHA2DS2-VA se recomienda iniciar anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular?:

A) ≥1 en hombres y ≥2 en mujeres.
B) ≥1 en todos los pacientes.
C) ≥2, independientemente del sexo.
D) ≥3 en pacientes sin cardiopatía estructural.

52. En pacientes con fibrilación auricular y síndrome coronario agudo sometidos a angioplastia, el tratamiento antitrombótico debe:

A) Evitar cualquier anticoagulación.
B) Individualizarse según riesgo trombótico y hemorrágico.
C) Consistir exclusivamente en doble antiagregación.
D) Mantener triple terapia indefinidamente.

53. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿cuál es el objetivo de HbA1c recomendado para reducir las complicaciones microvasculares en pacientes con diabetes?:

A) <7%.
B) <6,5% en todos los pacientes independientemente de la edad.
C) <6,5% si la duración de la diabetes es <5 años.
D) <7,5% como objetivo universal para evitar hipoglucemias.

54. Señale la respuesta CORRECTA respecto al tratamiento con pioglitazona en pacientes con diabetes y riesgo de insuficiencia cardiaca:

A) No se recomienda por aumentar el riesgo de IC de nueva aparición.
B) Se puede usar con monitorización estrecha de la retención de líquidos.
C) Se puede considerar si la FEVI es >50%
D) Está contraindicada únicamente en IC con fracción de eyección reducida, pero puede usarse en IC con fracción de eyección preservada.

55. ¿Cuál es el inhibidor de la DPP-4 que se asocia con un aumento del riesgo de hospitalización por IC y no se recomienda en pacientes con riesgo de IC?:

A) Sitagliptina
B) Linagliptina
C) Alogliptina
D) Saxagliptina.

56. El criterio diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica en un adulto es un espesor de la pared del ventrículo izquierdo en cualquier segmento miocárdico de:

A) ≥13 mm sin otra causa que lo explique
B) ≥15 mm sin otra causa que lo explique por las condiciones de carga
C) ≥20 mm con o sin otra causa justificante
D) ≥13 mm en dos o más segmentos miocárdicos.

57. El diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica en familiares adultos de primer grado de un paciente con enfermedad inequívoca se basa en un espesor de la pared del VI de:

A) ≥10 mm.
B) ≥12 mm.
C) ≥13 mm.
D) ≥15 mm.

58. Para mejorar los síntomas en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva con gradiente en tracto de salida del ventrículo izquierdo en reposo o provocado ≥50 mmHg, que sean intolerantes o tengan contraindicaciones para betabloqueantes, el fármaco recomendado es:

A) Amiodarona a dosis bajas.
B) Disopiramida en monoterapia sin necesidad de betabloqueante.
C) Mavacamten como monoterapia de primera elección.
D) Verapamil o diltiazem titulados hasta la dosis máxima tolerada.

59. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, el implante de DAI en prevención primaria en pacientes con miocardiopatía hipertrófica se debe considerar (clase IIa) en pacientes con un riesgo estimado de muerte súbita a 5 años de:

A) ≥4%
B) ≥6%
C) ≥10%
D) ≥8%.

60. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se asocia a miocardiopatía dilatada?

A) Olanzapina.
B) Ezetimiba.
C) Metilfenidato.
D) Inhibidores de tirosin quinasa.

61. En pacientes con MINOCA (infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva), cuando el diagnóstico final no está claro tras la coronariografía, ¿cuál es la prueba recomendada a realizar?:

A) Tomografía por emisión de positrones de perfusión miocárdica.
B) Ecocardiografía de estrés con dobutamina.
C) Resonancia magnética cardiaca.
D) Test de provocación con acetilcolina intracoronaria en todos los casos.

62. En supervivientes de parada cardiaca hemodinámicamente estables sin elevación persistente del ST en el ECG, la angiografía inmediata sistemática:

A) Está recomendada para descartar causa isquémica antes de las 2 horas
B) Se debe considerar si el paciente sigue en coma tras la reanimación
C) No se recomienda.
D) Está indicada si el ritmo de parada fue fibrilación ventricular.

63. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, el uso de ticagrelor o prasugrel como parte del tratamiento antitrombótico triple en pacientes con fibrilación auricular y síndrome coronario agudo:

A) No se recomienda.
B) Se recomienda con ticagrelor por su mayor eficacia en la prevención de trombosis del stent.
C) Se puede considerar en el período periprocedimiento durante las primeras 48 horas.
D) Se permite si la duración del triple tratamiento es inferior a 4 semanas.

64. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, el pretratamiento rutinario con un inhibidor del P2Y12 antes de conocer la anatomía coronaria en pacientes con SCASEST:

A) Se recomienda con ticagrelor como fármaco de elección
B) Se puede considerar siempre que la coronariografía esté planificada en <2 horas
C) Se recomienda solo con clopidogrel para reducir el riesgo de eventos isquémicos.
D) No se recomienda.

65. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, la intervención coronaria percutánea sistemática de una arteria responsable ocluida NO está recomendada en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST que se presentan:

A) Entre 12 y 24 horas con síntomas persistentes
B) Entre 24 y 48 horas con inestabilidad hemodinámica
C) Más de 48 horas tras la aparición de los síntomas sin síntomas persistentes
D) Más de 12 horas con signos de reperfusión espontánea.

66. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, la estrategia de reperfusión recomendada (clase I) para el síndrome coronario agudo con elevación del ST es la intervención coronaria percutánea primaria en lugar de fibrinólisis cuando el tiempo estimado desde el diagnóstico hasta el procedimiento es:

A) < 60 minutos.
B) < 90 minutos.
C) < 120 minutos.
D) < 180 minutos.

67. Según la guía específica de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, el diagnóstico definitivo de endocarditis infecciosa requiere cumplir:

A) 1 criterio mayor y 1 criterio menor
B) 3 criterios menores sin necesidad de criterio mayor
C) 2 criterios mayores, o 1 criterio mayor y al menos 3 criterios menores, o 5 criterios menores
D) 2 criterios mayores o 4 criterios menores.

68. En la endocarditis infecciosa sobre válvula protésica causada por estreptococos orales y S. gallolyticus sensibles a penicilina, la duración del tratamiento antibiótico recomendado es:

A) 4 semanas.
B) 6 semanas.
C) 8 semanas por mayor riesgo de recaída.
D) 4 semanas con adición de rifampicina durante las últimas 2 semanas.

69. En la endocarditis infecciosa derecha sobre válvula tricúspide, la cirugía está recomendada en presencia de vegetaciones residuales grandes en la válvula tricúspide con émbolos sépticos pulmonares recurrentes cuando el tamaño de la vegetación supera:

A) 10 mm.
B) 15 mm.
C) 20 mm.
D) 25 mm.

70. ¿Cuál es el tratamiento recomendado en pacientes con insuficiencia cardiaca sintomática y fracción de eyección preservada (igual o superior al 50%)?:

A) IECA o ARA II para reducir la mortalidad cardiovascular
B) Antagonistas del receptor mineralocorticoide para reducir las hospitalizaciones
C) Inhibidores del SGLT2 (dapagliflozina o empagliflozina)
D) Inhibidor de la neprilisina y del receptor de la angiotensina como primera línea de tratamiento modificador.

PREGUNTAS DE RESERVA:

71. Según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, ¿para qué está recomendada la finerenona en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica?:

A) Sustituir al IECA o ARA II como tratamiento nefroprotector inicial.
B) Reducir la progresión de la enfermedad renal y las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca.
C) Mejorar el control glucémico y reducir la HbA1c.
D) Reducir exclusivamente el riesgo de ictus cardioembólico.

72. En pacientes con enfermedad mental grave tratados con antipsicóticos, ¿cuál es el umbral del intervalo QT corregido que obliga a interrumpir el tratamiento?:

A) Más de 450 milisegundos en hombres.
B) Más de 470 milisegundos en mujeres.
C) Aumento de más de 40 milisegundos respecto al valor basal.
D) Más de 500 milisegundos, o incremento superior a 60-70 milisegundos respecto al valor basal.

73. El trastorno de estrés postraumático inducido por enfermedad cardiaca se da con especial frecuencia en supervivientes de parada cardiaca extrahospitalaria. ¿En qué grupo se observa mayor prevalencia?:

A) Hombres mayores de 65 años.
B) Mujeres, especialmente las menores de 55 años.
C) Hombres con cardiopatía isquémica subyacente.
D) Mujeres mayores de 70 años.

74. ¿En qué situación clínica es característico el pulso bísferiens?:

A) Estenosis aórtica severa con bajo gasto cardiaco.
B) Insuficiencia mitral aguda grave.
C) Insuficiencia aórtica severa combinada con obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo, como en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
D) Estenosis pulmonar grave con hipertensión pulmonar.

75. En un paciente con pericarditis constrictiva, ¿cuál es el hallazgo característico en la exploración de la presión venosa yugular?:

A) Onda v gigante con colapso y lento en contexto de bajo gasto.
B) Elevación de la presión venosa yugular con colapso x prominente y colapso y abolido.
C) Elevación de la presión venosa yugular que disminuye con la inspiración.
D) Elevación de la presión venosa yugular con colapso y profundo y rápido, y aumento paradójico con la inspiración (signo de Kussmaul).