

2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números E1 e E110, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.

Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto **NON** poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: www.sergas.es, logo de finalizados os tempos de exame.
Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

EXAME EN GALEGO

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

1. Con respecto ao tratamento antiagregante para pacientes sometidos a cirurxía de revascularización coronaria, que afirmación é FALSA segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica?

- A) Nos pacientes con síndrome coronaria aguda que reciban tratamento antiagregante plaquetario dobre e non requiran tratamento anticoagulante oral, recoméndase renovar o tratamento cun inhibidor do P2Y12 tan pronto se considere seguro despois da intervención e mantelo durante 12 meses.
- B) Para pacientes con infarto de miocardio previo e alto risco de hemorragias graves coa puntuación HAS-BLED, debe considerarse suspender o tratamento de inhibición do P2Y12 despois de 6 meses.
- C) Recoméndase que o Heart team avalíe de maneira individualizada os riscos isquémico e hemorráxico, o momento idóneo para a cirurxía coronaria e o tratamento antitrombótico.
- D) Para pacientes tratados con ácido acetilsalicílico que requiren cirurxía cardíaca non urxente, recoméndase continuo a doses baixas durante o período perioperatorio.

2. Cal das seguintes NON é unha estratexia para a protección da medula durante a cirurxía da aorta torácica descendente?

- A) Administración de corticoides.
- B) Descenso da presión arterial sistémica.
- C) By-pass esquerdo.
- D) Circulación extracorpórea con hipotermia profunda.

3. En protección cerebral con hipotermia na cirurxía aórtica, o método Alfa Stat refírese a:

- A) Medida do ATP tras a reperusión.
- B) Nivel do calcio intracelular durante a isquemia miocárdica.
- C) Control do Dióxido de Carbono durante a perfusión extracorpórea.
- D) Medida do fluxo sanguíneo cerebral.

4. Con respecto ao canal auriculoventricular completo, sinale a resposta FALSA:

- A) A anomalía cardíaca asociada máis frecuente é a Tetraloxía de Fallot.
- B) O 75% dos/as pacientes ten síndrome de Down.
- C) Nos/as pacientes que, ademais teñen síndrome de Down, é máis frecuente atopar obstrución ao tracto de saída do ventrículo esquerdo.
- D) O tipo B de Rastelli é o menos frecuente.

5. Segundo o consenso de expertos en soporte circulatorio mecánico a longo prazo da EACTS 2019, en canto á valoración preoperatoria dos/as pacientes candidatos/as a implante de sistema de asistencia, sinale cal das seguintes NON é criterio de indicación de implante:

- A) Clase funcional IIIb ou IV da NYHA (New York Heart Association).
- B) Insuficiencia cardíaca conxestiva secundaria a miocardite vírica.
- C) Fracción de exección de ventrículo dereito menor igual a 25 %.
- D) Dependencia de inótrópos para manter tensión arterial.

6. Cal das seguintes afirmacións sobre o manexo da insuficiencia mitral é FALSA de acordo coas guías europeas 2017 para o manexo de valvulopatías?:

- A) Os pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral severa e fracción de exección do ventrículo esquerdo (FEVI) maior que 60% deben ser seguidos clínica e ecocardiograficamente cada 2 anos.
- B) Cando se alcanzan as indicacións de cirurxía segundo as recomendacións das guías, a cirurxía temperá (nos primeiros 2 meses) asóciase con mellores resultados.
- C) Os pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral moderada e función do VI conservada deben ter un seguimento clínico anual e seguimento ecocardiográfico cada 1 ou 2 anos.
- D) A taxa de insuficiencia mitral residual coa reparación transcatóter "bordo con bordo" ("edge- to- edge") a 5 anos é máis alta que coa reparación cirúrxica.

7. Coñécese como Síndrome de Laubry á asociación de:

- A) CIV con estenose pulmonar.
- B) CIV con insuficiencia aórtica.
- C) CIV con estenose mitral.
- D) CIV con insuficiencia mitral.

8. Unha paciente de 65 anos con estenose mitral severa é intervida e implántaselle unha bioprótese. Permanece en ritmo sinusal. Sinale a resposta CORRECTA segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica.

- A) Durante os tres primeiros meses a anticoagulación con antagonistas da vitamina K debe ser considerada (clase IIa, nivel C).
- B) Se o diámetro da aurícula esquerda é menor de 50 mm, pode recomendarse un novo anticoagulante oral non dependente da vitamina K durante os tres primeiros meses (clase III, nivel C).
- C) Escala PRECISE-DAPT avalía o risco de sangrado con antagonistas da vitamina K.
- D) Durante os tres primeiros meses pode considerarse antiagregación con ácido acetilsalicílico (clase IIb, nivel C).

9. A trombocitopenia inducida por heparina (TIH) constitúe unha complicación hematolóxica potencial en relación coa anticoagulación dos pacientes adultos sometidos a cirurxía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC). Sinale a resposta INCORRECTA:

- A) A TIH pode ocasionar trombose arterial e venosa difusa, e conleva unha mortalidade de ao redor dun 20%.
- B) A TIH ocorre debido a un fenómeno inmunolóxico causado pola formación de anticorpos IgG que se unen ao complexo factor plaquetario 4 (PF4) - heparina, producindo a activación plaquetaria.
- C) A TIH é máis común co uso de heparina non fraccionada que con heparinas de baixo peso molecular.
- D) A bivalirudina é un inhibidor directo da trombina que se une de forma irreversible á trombina e ten unha vida media aproximada de 25 minutos.

10. En canto á toma de decisións e información ao paciente con enfermidade coronaria estable, que afirmación é VERDADEIRA segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica?

- A) En xeral, os pacientes estables con enfermidade complexa, como se define na escala SYNTAX, deben ser valorados polo Heart team e non tratados ad hoc.
- B) Recoméndase informar adecuadamente aos pacientes sobre os beneficios do procedemento de revascularización a curto e longo prazo, incluída información sobre a experiencia do centro, e darlle o tempo necesario para tomar unha decisión despois de ser informado.
- C) Recoméndase que o Heart team desenvolva protocolos institucionais para implementar a estratexia de revascularización máis axeitada e acorde coas guías de práctica clínica vixentes.
- D) Todas as anteriores.

11. Tras un evento coronario, que factor NON considera como factor de risco para o desenvolvemento dun aneurisma de ventrículo esquerdo?:

- A) Ausencia de circulación coronaria colateral.
- B) Non reperfusión da arteria coronaria culpable.
- C) Antecedente persoal de hipertensión arterial.
- D) Presentación con shock cardioxénico agudo.

12. Paciente con antecedente de cirurxía de substitución valvular mitral por prótese mecánica hai 1 mes. Ingresa por febre. Cultivos positivos para *S. aureus* e factor reumatoide positivo. O ecocardiograma transtorácico non demostra endocardite. Non presenta fallo cardíaco e os hemocultivos negativízanse ás 72 horas do tratamento antibiótico. Cal das seguintes afirmacións é FALSA segundo as guías da Sociedade Europea de Cardioloxía?

- A) Recoméndase realizar ecocardiograma transesofáxico.
- B) Se se realiza 18F-FDG PET e se detecta actividade anormal ao redor do lugar do implante, debe considerarse un criterio maior.
- C) Segundo os criterios modificados da Sociedade Europea de Cardioloxía, o paciente ten o diagnóstico de endocardite definida.
- D) Pode recomendarse a realización de TAC cardíaco.

13. Con relación ás infeccións tras un transplante cardíaco, que afirmación considera INCORRECTA:

- A) Algunhas infeccións aumentan o risco de desenvolver neoplasias a longo prazo.
- B) O citomegalovirus é o axente causal máis frecuente das infeccións virais tras o transplante cardíaco.
- C) As infeccións víricas son máis frecuentes nos 3 primeiros meses tras o transplante e as bacterianas a partir do terceiro mes.
- D) As infeccións máis frecuentes tras un transplante cardíaco son as respiratorias e as urinarias.

14. Cal dos seguintes parámetros ecocardiográficos define unha insuficiencia mitral primaria como severa?:

- A) Anchura de vea contracta maior ou igual que 6 mm.
- B) Área efectiva do orificio regurxitante maior ou igual que 30 mm².
- C) Volume regurxitante maior ou igual que 30 ml/latexado.
- D) Ningunha das anteriores.

15. Cal dos seguintes NON é un marcador de mal pronóstico para a supervivencia na miocardiopatía restritiva?:

- A) Anxina ou signos electrocardiográficos de isquemia.
- B) Dimensión de aurícula esquerda maior que 60 mm.
- C) Sexo feminino.
- D) Hipertensión pulmonar reactiva.

16. Nas recomendacións da European Association for Cardio- Thoracic Surgery (EACTS) de 2020 para o tratamento endovascular da aorta torácica (TEVAR) na patoloxía aórtica aguda e crónica, establécese a definición de tratamento TEVAR exitoso. Indique a resposta CORRECTA en referencia á devandita definición:

- A) Ausencia de endofugas tipo IA, tipo IB e tipo III.
- B) Ausencia de endofugas tipo IA, tipo IB, tipo II e tipo III.
- C) Ausencia de endofugas tipo IV e V.
- D) Ausencia de endofugas tipo IA, tipo IB, tipo II, tipo III, tipo IV e tipo V.

17. Segundo o algoritmo de tratamento recomendado para pacientes con disección tipo B non complicada (Documento de consenso de expertos da ESC/ EACTS 2020), en que caso se recomendaría a reparación aórtica torácica endovascular (TEVAR) entre os 15 e 90 días?

- A) Flap de entrada primario na curvatura maior.
- B) Un diámetro de aorta maior de 35 mm.
- C) Un diámetro da falsa luz maior de 15 mm.
- D) Flap de entrada primario maior de 10 mm.

18. En canto á valvuloplastia con balón como ponte ao tratamento da estenose aórtica mediante cirurxía ou TAVI:

- A) Non está indicada nunca.
- B) É una indicación tipo IIB.
- C) Só esta indicada en pacientes asintomáticos/as.
- D) É una indicación de tipo III.

19. Que afirmación das seguintes é VERDADEIRA?

- A) O fallo precoz do enxerto cirúrxico con repercusión clínica é frecuente (aproximadamente un 30%) tras a cirurxía de revascularización miocárdica (CABG).
- B) Tras a intervención coronaria percutánea (ICP) da lesión culpable nas síndrome coronarias agudas, a elección da modalidade de revascularización posterior non debe seguir os mesmos criterios que se aplican aos pacientes con enfermidade coronaria estable.
- C) Para pacientes tratados con AAS que requiren cirurxía cardíaca non urxente, non se recomenda continuar cun réxime de AAS a doses baixas durante o período perioperatorio.
- D) A CABG repetida multiplica entre 2 e 4 veces a mortalidade da cirurxía inicial, polo que normalmente non se realiza e óptase pola ICP.

20. Sinale a resposta CORRECTA sobre o emprego da proba de esforzo cardiorrespiratoria e o consumo máximo de osíxeno (VO_2) como guía para a inclusión en lista de espera de transplante segundo as guías internacionais da International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT):

- A) En pacientes con intolerancia a un betabloqueante, debe utilizarse un valor de corte do VO_2 de menor ou igual que 12 ml/kg/min como guía para a inclusión en lista de espera de transplante.
- B) En presenza dun betabloqueante, debe usarse un valor de corte do VO_2 máximo de menor ou igual que 10 ml/kg/min como guía para a inclusión en lista de espera de transplante.
- C) A presenza dun dispositivo de TRC non modifica os valores de corte do VO_2 .
- D) Todas son correctas.

21. Cal das seguintes afirmacións é FALSA sobre a protección miocárdica?:

- A) O dano tras un período de isquemia miocárdica pode resultar nun período de duración variable tanto de disfunción sistólica como diastólica sen necrose muscular.
- B) O dano isquémico miocárdico comeza fundamentalmente no epicardio pola súa maior taxa metabólica.
- C) A función das células especializadas do sistema de conducción cardíaco altérase precocemente cando se produce isquemia miocárdica global.
- D) O aumento da entrada de calcio nos miocitos e o seu acúmulo especialmente nas mitocondrias son características fundamentais do dano por reperfusión tras isquemia miocárdica.

22. Un home de 34 anos, consumidor habitual de drogas por vía parenteral, ingresa por febre, dor torácica e hemoptise. O ecocardiograma transtorácico mostra vexetación de 15 mm na válvula tricúspide, con insuficiencia moderada e o TAC torácico, embolismos pulmonares sépticos. Os hemocultivos atópanse pendentes. cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA?

- A) É necesario realizar un ecocardiograma transesofáxico para avaliar mellor a válvula tricúspide.
- B) A cirurxía ten indicación de clase IIa polo tamaño da vexetación para previr novos embolismos.
- C) A pesar dunha mortalidade relativamente baixa, a endocardite infecciosa en usuarios de drogas por vía parenteral ten alto risco de recorrencia.
- D) O máis frecuente é que en hemocultivos demóstrase unha infección polimicrobiana.

23. En relación á rotura de músculo papilar post-infarto, sinale a resposta CORRECTA:

- A) É unha complicación que se asocia a pacientes con depresión severa da función ventricular esquerda.
- B) O músculo papilar que con maior frecuencia se afecta é o papilar anterolateral.
- C) O músculo papilar que con maior frecuencia se afecta é o papilar posteromedial.
- D) No momento actual, o tratamento desta complicación adoita incluír a cirurxía de substitución valvular mitral de emerxencia e a utilización electiva de dispositivos de asistencia ventricular esquerda.

24. En relación cos corazóns artificiais totais una das seguintes afirmacións é FALSA:

- A) A principal vantaxe con respecto aos sistemas de asistencia ventricular é que proporcionan soporte biventricular cun dispositivo implantable.
- B) Son candidatos/as a esta terapia pacientes con superficie corporal igual ou maior a 1,7 m².
- C) É unha terapia que permite a opción de ponte á recuperación do corazón do/a paciente.
- D) Esta terapia permite o seguimento dos/as pacientes en réxime ambulatorio.

25. Respecto á hipotermia con parada circulatoria, que afirmación é CORRECTA?

- A) Durante o arrefriamento debe manterse un gradiente de temperatura entre a auga do intercambiador e o sangue inferior a 10°C, excepto en pacientes obesos nos que o gradiente pode ser maior.
- B) Aínda que algúns estudos demostraron o efecto neuroprotector dos corticoides preoperatorios, outros non demostraron esta vantaxe.
- C) Os niveis de glicemia deben ser estritamente monitorados porque a liberación de catecolaminas endóxenas durante o arrefriamento produce hipoglicemia.
- D) Durante a parada circulatoria, a función cerebral pode ser monitorada co índice biespectral (BIS), cuxos valores deben manterse entre 60 e 80.

26. Respecto á monitoraxe durante a hipotermia con parada circulatoria, cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) Un dos métodos para o manexo do equilibrio acedo-base é o método alfa-stat, o cal se caracteriza por niveis de CO₂ máis baixos e gasometrías lidas a 37°C.
- B) Outro é o Ph-stat, que se caracteriza por niveis máis altos de PCO₂ e gasometrías corrixidas á temperatura do paciente.
- C) É preciso un control estrito da glicemia para manter valores entre 180 e 200 mg/dl.
- D) Un dos sistemas de monitoraxe cerebral é a saturación rexional de osíxeno cerebral (INVOS), que é unha mestura de sangue venosa (75%), sangue arterial (20%) e sangue capilar (5%).

27. De entre as seguintes sentenzas sobre a estenose aórtica, sinale a resposta FALSA:

- A) É lixeira se a área é maior de 1.5 cm².
- B) É moderada se o gradiente medio está entre 25–40 mm de HG.
- C) É severa se excede os 4.0 m/ s de velocidade pico.
- D) É severa se a área é inferior a 0.8 cm².

28. Respecto á úlcera aórtica penetrante (UAP), de acordo coas actuais guías da Sociedade Europea de Cardioloxía, que afirmación é FALSA?

- A) Defínese UAP como a ulceración dunha placa aterosclerótica penetrante a través da lámina elástica interna dentro da media.
- B) A localización máis frecuente das UAP é a aorta torácica descendente media e baixa (UAP tipo B).
- C) Para os pacientes con UAP de calquera localización, débese considerar tratamento médico incluído alivio da dor e control da presión arterial (indicación clase IIa, nivel de evidencia C).
- D) En caso de UAP de tipo A, débese ter en conta a cirurxía (indicación clase IIa, nivel de evidencia C).

29. Respecto á Insuficiencia mitral de orixe isquémica, sinale a CORRECTA:

- A) O tipo I de Carpentier é o máis frecuente.
- B) No tipo II de Carpentier, o mecanismo produtor da regurxitación é o movemento restritivo do veo posterior mitral durante a sístole ventricular.
- C) O tipo IIIb de Carpentier nunca aparece de forma aguda.
- D) É aconsellable realizar a anuloplastia con aneis sobrecorrectores.

30. Respecto dos aneurismas toracoabdominais, cal das seguintes consideracións é FALSA?

- A) O tipo IV da clasificación de Crawford é o que máis se asocia a complicacións postoperatorias.
- B) A maioría son de causa dexenerativa.
- C) Un crecemento do saco aneurismático maior de 1 cm por ano considérase indicación cirúrxica.
- D) Durante a cirurxía a presión arterial media da aorta distal ten que ser mantida por encima de 80 mmHg para previr a isquemia medular.

31. Con respecto ao manexo da dilatación de aorta ascendente en pacientes con válvula aórtica bicúspide, que afirmación é CORRECTA segundo as guías da Sociedade Europea de Cardiología?

- A) Tras o diagnóstico dunha válvula aórtica bicúspide, a raíz aórtica e a aorta ascendente deben valorarse por ETE ou TAC para dispoñer de medidas basais para o seguimento.
- B) En pacientes con válvula aórtica bicúspide, debe realizarse un seguimento anual das medidas de raíz aórtica e aorta ascendente.
- C) A valoración inicial da raíz aórtica e aorta ascendente pode ser soamente con ETT ou asociar outra modalidade de imaxe, preferentemente RMN.
- D) Está indicado asociar outra modalidade de imaxe para o seguimento (TAC ou RMN) se se constata un diámetro maior a 40 mm con ETT.

32. A coartación de aorta (CoA):

- A) Localízase en menos da metade dos casos na área de inserción do ductus arterioso e no resto de casos localízase en aorta ascendente, descendente ou aorta abdominal.
- B) Trátase só dun estreitamento da aorta e non se considera unha arteriopatía xeneralizada.
- C) En máis da metade dos casos asóciase á válvula aórtica bicúspide.
- D) Nos casos severos os signos e clínica xeralmente aparecen na idade adulta.

33. Varón de 71 anos con endocardite sobre marcapasos, que afirmación é CORRECTA segundo as guías da Sociedade Europea de Cardiología?

- A) O antibiótico empírico de elección é a cloxacilina.
- B) Se presenta vexetación en cable maior de 10 mm non se aconsella a súa extracción percutánea (clase IIa, nivel B).
- C) Despois da extracción do sistema, se o paciente é marcapasos dependente e non é posible implantar novo dispositivo, aconséllase marcapasos transvenoso temporal (clase IIa, nivel B).
- D) Aconséllase hemocultivos negativos 72 horas antes do implante dun novo dispositivo.

34. En relación á insuficiencia mitral isquémica, sinale a resposta INCORRECTA:

- A) A cirurxía valvular ten unha indicación IIb se non existe posibilidade de revascularización e a FEVI maior que 30%, aínda que o/a paciente estea asintomático/a (Guías Europeas de Práctica Clínica).
- B) A reparación valvular mitral non demostrou ser superior en supervivencia ao recambio valvular mitral.
- C) Un ángulo de veo posterior maior de 45 graos é un marcador de recorrencia tras a reparación.
- D) Se o risco cirúrxico é elevado e non existe posibilidade de revascularización con FEVI maior que 30% pode considerarse a intervención percutánea "bordo a bordo" cunha indicación IIb C (Guías Europeas de Práctica clínica).

35. Ante un paciente de 28 anos de idade recentemente diagnosticado de Miocardiopatía Hipertrófica Obstrutiva (MHO), con gradiente en Tracto de Saída de Ventrículo Izquierdo de 40 mmHg, debemos recomendar:

- A) A MHO é unha entidade nosolóxica de alto risco que precisa cirurxía cardíaca (miectomía septal) como indicación terapéutica de primeira liña, sobre todo tendo en conta a idade do paciente.
- B) No momento actual a maioría dos/as enfermos/as con MHO son tratados/as de forma percutánea con ablación septal alcohólica.
- C) A primeira actuación con este paciente debe ir dirixida ao implante dun dispositivo marcapasos DDDR.
- D) Ningunha das respostas anteriores é correcta.

36. As infeccións seguen sendo a maior fonte de morbilidadade en pacientes con métodos de asistencia circulatoria. Sinale a afirmación INCORRECTA:

- A) A profilaxe preoperatoria para *Staphylococcus* sp. e *Staphylococcus* meticilin resistente está indicada.
- B) A profilaxe antibiótica de rutina debe incluír antifúnxicos.
- C) En todo/a paciente que se sospeite infección, debe realizarse analítica sanguínea completa, radiografía de tórax e hemocultivos.
- D) En pacientes con bacteremia debe realizarse tratamento antibiótico polo menos 7 días antes do implante da asistencia.

37. Un paciente 85 anos de idade, con HTA tratada con IECA, Diabetes Mellitus e hipercolesterolemia, FEVI de 35% e bloqueo de rama esquerda (QRS=155 ms) é diagnosticado de estenose aórtica severa sintomática. Ata o momento presente, o paciente levou unha vida autónoma para as actividades habituais. Respecto á actitude a manter, sinale a resposta CORRECTA:

- A) O paciente debe referirse a tratamento conservador pola elevada idade que ten.
- B) Debe realizarse valvuloplastia con balón e se mellora, valorar cirurxía de substitución valvular.
- C) O implante de válvula TAVI (transcatéter) é unha opción razoable dada a idade que presenta e as comorbilidades, sempre que se estime unha expectativa de vida superior a 1 ano.
- D) Dada a idade que ten e a FEVI deprimida e un QRS maior de 150 ms, a mellor opción é implantar un dispositivo de resincronización cardíaca para mellorar a función ventricular.

38. Cal dos seguintes NON se considera factor de mal pronóstico nun paciente co diagnóstico de comunicación interventricular postinfarto?

- A) Idade.
- B) Sexo feminino.
- C) Balón de contrapulsación intraaórtico preoperatorio.
- D) Infarto anterior.

39. Respecto a valvulopatía tricuspídea, cal destas afirmacións é INCORRECTA?

- A) A insuficiencia tricuspídea é unha das manifestacións máis frecuentes da enfermidade valvular cardíaca e pode afectar ao 65–85% da poboación.
- B) O ánulo tricuspídeo ten unha forma elíptica tridimensional en pacientes sans e a súa parte posteroseptal é a máis baixa e desviada cara ao ápex do VD, mentres que a anteroseptal é máis alta e próxima ao tracto de saída do VD e á válvula aórtica.
- C) Son causas de insuficiencia tricuspídea secundaria as valvulopatías ao lado esquerdo do corazón, a fibrilación auricular persistente e/ou a síndrome carcinoide.
- D) A insuficiencia tricuspídea progresa nun número significativo de pacientes a pesar de tratar cirurxicamente con éxito as lesións ao lado esquerdo.

40. Respecto á regurxitación mitral isquémica, indique a resposta FALSA:

- A) Na insuficiencia mitral aguda, a cirurxía de urxencia é a mellor opción, a pesar da alta mortalidade perioperatoria.
- B) A colocación dun anel sobredimensionado é a actitude con menos risco cirúrxico.
- C) A revascularización de vasos estenóticos non relacionado co infarto agudo, pode mellorar a supervivencia.
- D) A presenza de insuficiencia mitral tras o infarto relaciónase cunha menor expectativa de vida.

41. Con respecto á endocardite, que afirmación é VERDADEIRA?

- A) Debe considerarse a cirurxía cando os hemocultivos sigan positivos despois de 3 días de terapia antibiótica, despois de excluír outras causas de hemocultivos positivos persistentes.
- B) A TC multicorte cardíaco pode usarse para detectar abscesos e pseudoaneurismas cunha precisión diagnóstica similar ao do ecocardiograma transesofáxico.
- C) Débese avaliar e manexar aos pacientes con endocardite infecciosa complicada nunha fase temperá da enfermidade, nun centro de referencia, que dispoña de cirurxía cardíaca e conte cun equipo multidisciplinario.
- D) Todas as anteriores.

42. Que afirmación é CORRECTA segundo as guías da Sociedade Europea de Cardiología?

- A) En pacientes que van ser intervidos por valvulopatía aórtica, recoméndase a substitución da aorta ascendente cando é maior a 40 mm, se se trata dunha válvula aórtica bicúspide.
- B) En mulleres con síndrome de Marfan debe considerarse a substitución da aorta ascendente antes do embarazo cando é maior ou igual a 45 mm.
- C) En pacientes coa síndrome de Marfan, a dilatación da aorta xeralmente é máxima a nivel da aorta ascendente supracoronaria.
- D) Todas as anteriores son certas.

43. Que estratexias se empregan para previr a isquemia medular no tratamento dun aneurisma toracoabdominal?

- A) Drenaxe de líquido cefalorraquídeo.
- B) Revascularización da arteria subclavia esquerda no caso de oclusión.
- C) Revascularización das arterias hipogástricas no caso de oclusión.
- D) Todas as anteriores.

44. Segundo as actuais guías da Sociedade Europea de CardioloXía, cal destas afirmacións sobre os aneurismas de aorta torácica (AAT) descendente se considera VERDADEIRA?

- A) Polo xeral, os AAT descendente medran á mesma velocidade de progresión que os de aorta ascendente.
- B) Polo xeral, os AAT descendente medra máis rapidamente (3 mm/ano) que os de aorta ascendente (1 mm/ano).
- C) O tratamento dos aneurismas de aorta descendente segue sendo na súa maioría cirúrxico a pesar de advenimento e desenvolvemento das endopróteses.
- D) En casos de síndrome de Marfan ou outras elastopatías, prefírese a reparación aórtica torácica endovascular (TEVAR) á cirurxía.

45. Nas recomendacións sobre o tipo de revascularización para pacientes con enfermidade coronaria estable e anatomía coronaria adecuada para ambos os procedementos e baixa mortalidade cirúrxica estimada (segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica de 2018 sobre revascularización coronaria), na enfermidade de tronco coronario esquerdo (TCI) con SYNTAX menor ou igual a 22 e na enfermidade de 3 vasos en non diabéticos con SYNTAX menor ou igual a 22:

- A) A intervención coronaria percutánea (ICP) segue cunha recomendación clase IIa.
- B) A ICP equipárase á revascularización coronaria cirúrxica (CABG) cunha recomendación clase I.
- C) A CABG pasa a ter unha recomendación clase IIa.
- D) A ICP en ningún caso debería realizarse.

46. No tratamento dun "movemento sistólico anterior" ("systolic anterior motion" ou SAM) con compromiso hemodinámico e edema de pulmón grave no postoperatorio inmediato dunha anuloplastia mitral con anel ríxido. Que medidas terapéuticas consideraría máis CORRECTAS?:

- A) Iniciar perfusión de adrenalina intravenosa.
- B) Iniciar perfusión de dobutamina intravenosa.
- C) Iniciar perfusión de noradrenalina e esmolol intravenosos.
- D) As respostas b e c son correctas.

47. Segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica (EACTS) de 2017 en relación co diagnóstico e manexo das valvulopatías, sinala a opción INCORRECTA entre as seguintes afirmacións:

- A) Un gradiente medio maior ou igual a 5 mmHg a frecuencia cardíaca normal considérase indicativo de estenose tricuspídea clinicamente significativa.
- B) Na valoración das insuficiencias valvulares (mitral, aórtica e tricuspídea) considéranse parámetros cuantitativos: vea contracta, área do orificio efectivo regurxitante e volume regurxitante.
- C) Un valor de vea contracta maior de 6 mm e fluxo holodiastólico reverso en aorta descendente (velocidade telediastólica maior de 20 cm/s) corresponden a criterios de insuficiencia aórtica severa.
- D) Un radio PISA (área de superficie de isovelocidade proximal) maior de 9 mm² (medido con límite Nyquist de 28 cm/s), onda E dominante maior ou igual a 1 m/s (en ausencia doutras causas de elevación de presión auricular dereita) e unha vea contracta maior ou igual a 7 mm (medido con límite Nyquist de 50-60 cm/s) corresponden a criterios de severidade de insuficiencia tricuspídea severa.

48. Cal sería o tratamento de primeira elección dunha insuficiencia aórtica clasificada como tipo Ib na clasificación funcional da insuficiencia aórtica proposta por El Khoury?:

- A) Prótese vascular aórtica en aorta ascendente con remodelado da unión sino-tubular.
- B) Anuloplastia subcomisural.
- C) Unha técnica de reimplante (Técnica de David) ou ben unha técnica de remodelado (Técnica de Yacoub).
- D) Reparación con parche autólogo ou de pericardio bovino.

49. Sinale cal NON é unha vantaxe potencial da técnica de implante bicava fronte á biatrial no transplante cardíaco:

- A) Diminución do risco de arritmias no postoperatorio.
- B) Menor risco de alteración da funcionalidade da válvula tricúspide.
- C) Menor tempo de disección, preparación e implante no receptor.
- D) Mellor contractilidade auricular.

50. Un varón de 65 anos é intervido de estenose mitral severa e implántaselle unha prótese mecánica. Dous meses despois da alta, diagnósticaselle unha trombose da prótese mecánica, sen ningún evento embólico. Atópase clinicamente estable. Que afirmación é VERDADEIRA segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiorráctica?

- A) Se o trombo é menor de 10 mm e non existe antecedente de tromboembolismo, recoméndase fibrinólise.
- B) Se o paciente finalmente é reoperado e compróbase que estivo correctamente anticoagulado previo ao ingreso, recoméndase o implante dunha bioprótese (clase I, nivel C).
- C) Se se comprobaban INR previos por baixo do recomendado, recoméndase tratamento con heparina de baixo peso molecular e aspirina.
- D) Se o trombo é maior de 10 mm, recoméndase cirurxía urxente.

51. Sinale a resposta VERDADEIRA sobre a hipotermia en protección cerebral:

- A) Considérase hipotermia moi profunda se a temperatura nasofarínxea é inferior ou igual a 18° C.
- B) Considérase hipotermia profunda se a temperatura nasofarínxea está entre os 18 e 22° C.
- C) Considérase hipotermia moderada se a temperatura nasofarínxea está entre os 22 e 28° C.
- D) Considérase hipotermia lixeira se a temperatura nasofarínxea está entre os 28 e 34° C.

52. Nas recomendacións do consenso de expertos da Sociedade Europea de Cirurxía Cardiorráctica 2020 en relación co tratamento endovascular da aorta torácica e as enfermidades da aorta torácica, establécense os estándares de terminoloxía e nomenclatura. Un paciente diagnosticado de disección aórtica con afectación proximal desde caxato aórtico (a nivel de arteria carótida esquerda), con porta de entrada a nivel do propio caxato aórtico e con datos de malperfusión tanto a nivel de membro inferior esquerdo e como renal bilateral. Segundo a clasificación TEM, sinale a opción CORRECTA entre as seguintes:

- A) T-A, E-2, M-2.
- B) T-non A non B, E-2, M-2.
- C) T-non A non B, E-1, M-2.
- D) Ningunha opción é correcta.

53. Cal das seguintes afirmacións é FALSA en relación coa Tetraloxía de Fallot?:

- A) As crises hipercianóticas caracterízanse por paroxismos de hiperpnea, irritabilidade e pranto prolongado, e cianose crecente.
- B) Pode aparecer no contexto de síndromes como a síndrome de Noonan ou a síndrome de Williams entre outras.
- C) Tipicamente a Tetraloxía de Fallot presenta unha comunicación interventricular restritiva.
- D) É frecuente auscultar un sopro sistólico na parte media e superior do bordo esternal esquerdo.

54. Tras unha substitución valvular mitral cunha bioprótese de 31 mm nunha muller de 80 anos por insuficiencia mitral severa cun anel mitral severamente calcificado, ao pouco tempo de saír de circulación extracorpórea échese o campo de abundante sangue vermello procedente da cara posterior do corazón. Cal das seguintes afirmacións é FALSA sobre a complicación que sospeita?:

- A) A preservación do veo anterior mitral reduce a incidencia desta complicación.
- B) Esta complicación é máis frecuente en mulleres que en homes.
- C) Esta complicación adoita asociar unha mortalidade cirúrxica maior do 50%.
- D) Ata no 10% a 30% dos pacientes pode aparecer un hematoma pequeno ou moderado no suco auriculoventricular esquerdo tras a substitución valvular mitral.

55. Sinale a resposta FALSA sobre o "precondicionamento isquémico" como método adxuvante de protección miocárdica:

- A) Esta técnica parece estimular mecanismos innatos cardioprotectores para atenuar a lesión por isquemia-reperusión.
- B) O "precondicionamento isquémico remoto" demostrou claramente os mesmos beneficios.
- C) Estimula os receptores de adenosina dos miocitos.
- D) Reduce a resposta inflamatoria e atenúa a disfunción endotelial durante a reperusión.

56. Cal das seguintes técnicas NON se emprega na ampliación de anel aórtico?

- A) David III.
- B) Konno.
- C) Manouguian.
- D) Yamaguchi.

57. A Sociedade Española de Cirurxía Cardiovascular e Endovascular (SECCE) en consenso coa Sociedade Española de Anestesia, estableceu en 2020 as recomendacións para a cirurxía de aorta ascendente e do arco aórtico. A hipotermia demostrou diminuír exponencialmente o metabolismo celular, os radicais libres e o edema cerebral postisquemia. En relación coa vantaxes da hipotermia así como os seus efectos secundarios indicados nas guías SECCE, sinale a opción INCORRECTA:

- A) Aumenta as resistencias vasculares sistémicas.
- B) Unha temperatura de 18°C clasifícase como hipotermia profunda.
- C) Proporciona protección da función endotelial vascular cerebral.
- D) Maior risco de fracaso multiorgánico.

58. En canto ás probas diagnósticas na disección aórtica aguda, que afirmación é VERDADEIRA?

- A) O ecocardiograma transesofáxico ten unha moi alta sensibilidade e especificidade e é a proba ideal para obxectivar as diseccións de aorta localizadas no segmento distal da aorta ascendente.
- B) A luz falsa, obxectivada nas imaxes da tomografía computerizada con contraste adoita localizarse ao longo da parede anterolateral de aorta ascendente, estendéndose en espiral pola parede posterolateral esquerda da aorta descendente.
- C) A luz falsa, obxectivada nas imaxes da tomografía computerizada con contraste, adoita ter un menor fluxo e maior diámetro, e na maioría dos casos, é a luz que se estende máis caudalmente.
- D) A cardiorresonancia magnética considérase a técnica máis exacta para o diagnóstico de diseccións de aorta agudas, cunha altísima sensibilidade e especificidade, sendo en pacientes inestables a técnica de elección.

59. Respecto ao hematoma intramural (HI), de acordo coas actuais guías da Sociedade Europea de Cardioloxía, indique a afirmación FALSA:

- A) Cando se avalía a aorta mediante tomografía computerizada, é esencial unha adquisición sen realce para o diagnóstico de HI.
- B) É unha entidade dentro do espectro da síndrome aórtica aguda, na que se xera un hematoma dentro da parede aórtica en ausencia de luz verdadeira e rotura intimal.
- C) No hematoma intramural tipo A da cirurxía de emerxencia está indicada en casos complicados con derrames pericárdicos, hematomas periaórticos ou aneurismas grandes.
- D) En casos de HI de tipo B non complicado, pódese considerar a reparación endovascular da aorta torácica (indicación clase IIb, nivel de evidencia C).

60. Respecto á rotura da parede libre ventricular esquerda como complicación do infarto de miocardio, que afirmación é FALSA?

- A) A rotura completa da parede libre ventricular esquerda como complicación do infarto de miocardio xeneralmente provoca un hemopericardio e morte por taponamento cardíaco.
- B) A rotura completa da parede libre ventricular esquerda como complicación do infarto de miocardio, primeiro sospéitase por un profundo e súbito fallo cardíaco dereito e shock, que progresa frecuentemente a disociación electromecánica e morte.
- C) A rotura subaguda/incompleta da parede libre ventricular esquerda como complicación do infarto de miocardio pode ocorrer cando un trombo organizado e o pericardio selan a perforación ventricular.
- D) A rotura subaguda/incompleta da parede libre ventricular esquerda como complicación do infarto de miocardio non pode progresar á formación dun falso aneurisma ventricular.

61. Respecto á comunicación interventricular (CIV) e endocardite infecciosa, sinala a resposta CORRECTA:

- A) O risco de endocardite é de 1 a 3 % por ano.
- B) É máis frecuente en mulleres.
- C) Presenta mal pronóstico.
- D) O risco é maior en CIV pequenas que en CIV grandes.

62. En que patoloxía das seguintes consideraría MENOS probable manter permeable farmacoloxicamente un ductus arterioso?:

- A) Síndrome do corazón esquerdo hipoplásico.
- B) Canle aurículo-ventricular transicional.
- C) Ventriculo único.
- D) Dextro-transposición das grandes arterias

63. A Sociedade Española de Cirurxía Cardiovascular e Endovascular (SECCE), en consenso con outras sociedades científicas, estableceu en 2020 a vía clínica de recuperación intensificada en cirurxía cardíaca. En relación coa devandita vía clínica, sinale a opción que NON se corresponde cunha recomendación nivel I (forte +) con nivel de evidencia elevado, entre as seguintes:

- A) Recoméndase o tratamento dos déficits de Fe, vitamina B12 ou ácido fólico no preoperatorio.
- B) Recoméndase evitar os fármacos ansiolíticos, especialmente as benzodiazepinas, en poboación maior de 65 anos.
- C) En caso de realizar eliminación da vilosidade recoméndase utilizar maquinillas eléctricas o máis próximo posible á intervención, pero sempre fose do quirófano.
- D) A aplicación de circulación extracorpórea minimamente invasiva (MiECC) recoméndase como medida para reducir o sangrado postoperatorio e a resposta inflamatoria.

64. Varón de 55 anos diagnosticado de estenose mitral severa e fibrilación auricular que se atopa en lista de espera para intervención cirúrxica. O paciente foi correctamente informado e discutiuse a elección da prótese con el. Decidiuse o implante dunha prótese mecánica. Que afirmación é FALSA segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica?

- A) Recoméndase cribado preoperatorio de portador de Staphylococcus aureus nasal antes da cirurxía (clase I, nivel A).
- B) Se a prótese mecánica que se implanta é St Jude Medical recoméndase o uso dun intervalo de valores de INR de 2,5 a 3,5.
- C) Recoméndase o posterior control do INR polo paciente sempre que este adecuadamente adestrado e se realicen controis de calidade (clase I, nivel B).
- D) Pode ser considerada a ablación cirúrxica da fibrilación auricular.

65. Acaba de realizar unha reparación mitral con anel ríxido completo nun paciente cunha insuficiencia mitral severa sobre unha válvula con dexeneración mixomatosa. Ao saír de circulación extracorpórea, o paciente presenta hipotensión refractaria a inotrópicos e o ecocardiograma transesofáxico mostra unha obstrución do tracto de saída do ventrículo esquerdo cun gradiente de 50 mmHg e un ventrículo esquerdo hiperdinámico sen anomalías segmentarias da contractilidade. En relación coa complicación que sospeita, cal das seguintes afirmacións é FALSA?:

- A) Se se engade unha resección cuadrangular e "sliding" do veo posterior mitral, o cadro podería corrixirse.
- B) Os aneis incompletos ou hemi-aneis presentan unha menor prevalencia desta complicación.
- C) Esta complicación tivese sido menos probable cun anel mitral máis pequeno e restritivo.
- D) Unha posible alternativa é substituír o anel ríxido por un anel flexible.

66. O risco de disección ou rotura na aorta ascendente aumenta rapidamente cando o diámetro aórtico é:

- A) Maior a 50 mm.
- B) Maior a 60 mm.
- C) Maior a 65 mm.
- D) Maior a 45 mm.

67. Varón de 74 anos portador de marcapasos desde hai 8 anos que ingresa por hemiparesia esquerda. En TAC cerebral evidénciase pequeno ictus isquémico sen hemorragia. Hemocultivos positivos a *E. faecalis*. En ETE se obxectiva insuficiencia aórtica severa e vexetación de 10 mm. Eléctrodos de marcapasos libres de vexetacións. Está en edema agudo de pulmón refractario. Cal das seguintes afirmacións é FALSA segundo as guías da Sociedade Europea de Cardiología?

- A) A indicación de cirurxía é de clase I, nivel B.
- B) Na cirurxía debe retirarse o marcapasos (clase I, nivel B).
- C) Recoméndase realizar ETE intraoperatorio (clase I, nivel B).
- D) A pesar do dano neurolóxico, a cirurxía non debería atrasarse.

68. Na insuficiencia mitral isquémica é FALSO:

- A) Adoita provocar prolapso de veos.
- B) A insuficiencia mitral isquémica funcional é consecuencia do remodelado do ventrículo esquerdo.
- C) A insuficiencia mitral isquémica orgánica é consecuencia da rotura do músculo papilar.
- D) A restrición no movemento dos veos prodúcese fundamentalmente en fase sistólica.

69. Acaba de operar a un paciente por un aneurisma anterior do ventrículo esquerdo por oclusión da arteria descendente anterior. O paciente presenta shock cardioxénico postcardiotomía e decide colocar un dispositivo de asistencia ventricular esquerda. Cal das seguintes afirmacións considera FALSA?:

- A) Nesta situación, a existencia dunha comunicación residual interventricular pode xerar un cortocircuíto dereita a esquerda e causar hipoxia severa.
- B) É aconsellable deixar permeable o foramen oval para permitir descargar as cavidades esquerdas.
- C) A existencia de fracaso de ventrículo dereito asociado pode non facerse evidente ata iniciar a asistencia ventricular esquerda.
- D) Todas as anteriores son correctas.

70. Segundo as Guías Clínicas da European Association for Cardio- Thoracic Surgery (EACTS) de 2019 en relación co tratamento da patoloxía aórtica que afecte o arco aórtico, sinale a resposta INCORRECTA:

- A) O 60% dos aneurismas de aorta torácica ocorren na raíz ou aorta ascendente, o 40% na aorta torácica descendente e o 10% afectan o arco aórtico, con algún grao de extensión a máis dun segmento de aorta torácica.
- B) A síndrome de Loeys- Dietz considérase unha entidade especial (maior probabilidade de disección aórtica con diámetros aórticos máis pequenos que a síndrome de Marfan) e relaciónase con mutacións en xenes que codifican os receptores do coláxeno.
- C) A clasificación de Azizzadeh et al. da lesión traumática da aorta define 4 graos de lesións: os graos III e IV deberían de ser reparados (abordaxe cirúrxica, endovascular ou híbrido segundo o caso).
- D) Tras a cirurxía do arco aórtico con circulación extracorpórea prolongada e parada circulatoria, aconséllase, ademais da monitoraxe da presión aórtica central, a monitoraxe adicional da presión na arteria femoral.

71. Sinale a resposta FALSA sobre a insuficiencia mitral secundaria:

- A) Ningunha intervención valvular, nin cirúrxica nin percutánea, está indicada se a fracción de exección do ventrículo esquerdo é menor do 30%.
- B) A reparación de válvula mitral con anel completo de menor dimensión para restaurar a coaptación das valvas e a competencia valvular é a técnica cirúrxica preferida.
- C) A cirurxía está indicada para pacientes con insuficiencia mitral secundaria severa e fracción de exección do ventrículo esquerdo menor do 30% que van someterse a cirurxía de revascularización coronaria.
- D) A reparación mitral percutánea "bordo a bordo" ("edge-to-edge") presenta menor eficacia que a reparación cirúrxica a longo prazo.

72. Nas recomendacións sobre o tipo de revascularización para pacientes con enfermidade coronaria estable e anatomía coronaria adecuada para ambos os procedementos e baixa mortalidade cirúrxica estimada (segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiorácica de 2018 sobre revascularización coronaria), na enfermidade de 3 vasos cunha puntuación SYNTAX Intermedia ou alta, cal é a afirmación CORRECTA?

- A) A intervención coronaria percutánea (ICP) ten unha recomendación clase IIa.
- B) A revascularización coronaria cirúrxica (CABG) ten unha recomendación clase IIa.
- C) A CABG ten unha recomendación clase I e a ICP clase III.
- D) A CABG ten unha recomendación clase IIa e a ICP clase III.

73. Cal das seguintes indicacións cirúrxicas NON é correcta nun paciente asintomático con insuficiencia aórtica severa segundo as guías europeas 2017 para o manexo de valvulopatías?:

- A) Paciente asintomático con fracción de exección do ventrículo esquerdo (FEVI) menor ou igual que 65%.
- B) Paciente asintomático con FEVI en repouso maior que 50% e diámetro telediastólico de ventrículo esquerdo (DTDVI) maior que 70 mm.
- C) Paciente asintomático con FEVI en repouso maior que 50% e diámetro telesistólico de ventrículo esquerdo (DTSVI) maior que 50 mm.
- D) Ningunha das anteriores é correcta.

74. Cal é a localización máis frecuente dun aneurisma conxénito de ventrículo esquerdo?:

- A) Anterior.
- B) Apical.
- C) Inferolateral.
- D) Posterobasal.

75. Respecto ao tipo de intervención sobre válvula tricúspide sinale a opción CORRECTA:

- A) A anuloplastia de De Vega podería ter algunha vantaxe respecto os aneis protésicos tricuspídeos, especialmente en casos de endocardite activa.
- B) Na técnica máis habitual de implante dunha prótese nunha substitución valvular tricuspídea a sutura realízase ao longo de todo o anel tricuspídeo sen respectar a porción septal.
- C) A anuloplastia de De Vega ten unha significativa maior mortalidade a longo prazo en comparación á anuloplastia con anel.
- D) A reparación tricuspídea ten unha maior mortalidade perioperatoria que a substitución valvular tricuspídea.

76. Respecto aos estudos clínicos randomizados que comparan o tratamento percutáneo fronte á revascularización cirúrxica. Sinale a resposta CORRECTA:

- A) Os pacientes recrutados para o estudo SYNTAX presentan a maior prevalencia de Diabetes mellitus en comparación co resto de estudos randomizados analizados.
- B) En estudo BOUDRIOT se empregaron stents liberadores de sirolimus en tronco coronario esquerdo fronte á revascularización cirúrxica.
- C) No estudo PRECOMBAT, a mortalidade a 2 anos do tratamento cirúrxico foi de 5,0% fronte ao 6,6% do tratamento percutáneo en tronco coronario esquerdo.
- D) O estudo EXCEL na enfermidade de tronco coronario esquerdo mostra unha incidencia de necesidade de nova revascularización aos 3 anos de seguimento dun 21,2% para o tratamento percutáneo e dun 15,4% para o tratamento cirúrxico.

77. De acordo coas recomendacións expostas nas guías da Sociedade Europea de CardioloXía, cal das seguintes afirmacións é CORRECTA?

- A) En pacientes coa síndrome de Marfan e aneurisma de aorta torácica descendente, a reparación endovascular é o tratamento que debe indicarse cando o diámetro é maior ou igual a 55 mm.
- B) Despois da reparación endovascular da aorta torácica, recoméndase seguimento mediante unha proba de imaxe tras 1 mes, 3 meses, 6 meses, 1 ano e despois anualmente.
- C) Na síndrome de Loeys–Dietz recoméndase intervir cando o diámetro da aorta ascendente é maior ou igual a 42 mm.
- D) Todas as anteriores son correctas.

78. Sinale a resposta VERDADEIRA respecto ao tratamento da rotura traumática de aorta:

- A) A complicación máis frecuente do tratamento endovascular da rotura traumática de aorta son as endofugas.
- B) As lesións tipo I son as de peor pronóstico e requiren un tratamento emerxente.
- C) A cirurxía aberta realízase normalmente a través de toracotomía dereita e con ventilación unipulmonar dereita.
- D) O tratamento endovascular das lesións traumáticas de aorta require unha sobredimensión da endoprótese de aorta torácica de máis do 25% para garantir unha adecuada selaxe.

79. Cal é a cardiopatía conxénita ACIANÓTICA máis frecuente na idade adulta?

- A) Coartación aórtica.
- B) Comunicación interauricular.
- C) Ductus arterioso persistente.
- D) Estenose Pulmonar.

80. A comunicación interventricular máis frecuente localízase a nivel do:

- A) Septo de entrada.
- B) Septo medio–muscular.
- C) Septo muscular apical.
- D) Septo membranoso.

81. En canto ás asistencias ventriculares de longa duración, que precisan de anticoagulación para o seu funcionamento, sinala a opción FALSA ao respecto:

- A) A anticoagulación debe iniciarse con terapia intravenosa seguido de antagonistas da vitamina K.
- B) O INR (International Normalized Ratio) debe estar entre 2.0 e 3.0.
- C) É posible utilizar como alternativa aos antagonistas da vitamina K os novos anticoagulantes (NACO): Apixabán, Edoxabán, Rivaroxabán ou Dabigatrán.
- D) O uso de ácido acetilsalicílico é recomendado se se precisa.

82. Tanto para o tratamento cirúrxico como endovascular, a European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) recomenda empregar a nomenclatura de zonas de Ishimaru. Respecto esta clasificación, que afirmación é CORRECTA?

- A) A zona 1 (Z1) esténdese desde o ostium coronario á marxe distal da orixe do tronco braquiocefálico ou innominado.
- B) A zona 2 (Z2) inclúe a orixe da arteria subclavia esquerda.
- C) A zona 3 (Z3) inclúe a orixe da arteria subclavia esquerda.
- D) A zona 2 (Z2) inclúe a orixe da arteria carótida esquerda.

83. Cal destas circunstancias iría máis a favor de realizar revascularización coronaria cirúrxica (CABG) en lugar de intervención coronaria percutánea (ICP)?

- A) Deformidade torácica o escoliose grave.
- B) Idade avanzada/fraxilidade/curta esperanza de vida.
- C) Diabetes mellitus.
- D) Presenza de comorbilidade grave (que non se reflicte adecuadamente nas escalas de risco).

84. Nas primeiras horas de postoperatorio dun paciente trasplantado cardíaco que desenvolve disfunción primaria do enxerto e baixo gasto cardíaco, cal dos seguintes achados NON esperaría atopar?:

- A) Taquicardia sinusal compensatoria.
- B) Aumento das presións de enchido en cavidades esquerdas.
- C) Disfunción sistólica do ventrículo dereito.
- D) Dilatación do ventrículo dereito.

85. En canto á planificación da reparación aórtica torácica endovascular (TEVAR) segundo as recomendacións do consenso de expertos da Sociedade Europea de Cirurxía Cardiotorácica 2020, sinala a alternativa que é FALSA:

- A) A permeabilidade do círculo de Willis debería ser avaliada en pacientes nos cales a súa zona de ancoraxe proximal prevese que sexa entre as zonas 0-2 (Da clasificación de Ishimaru).
- B) O anxio TAC debería estenderse ata as arterias femorais comúns.
- C) Os tamaños dos introdutores para as próteses da TEVAR varían entre 20 e 32 Fr.
- D) O diámetro mínimo requirido para a arteria femoral común/arteria iliaca externa é de 6 mm.

86. Das complicacións a longo prazo das asistencias ventriculares, cal delas é a causa común de reingreso hospitalario?

- A) Sangrado gastrointestinal.
- B) Trombose da bomba implantada.
- C) Arritmias.
- D) Fallo Renal.

87. Sinale a resposta INCORRECTA sobre a insuficiencia aórtica:

- A) Nos pacientes cun primeiro diagnóstico ou se o diámetro ou a fracción de exacción do ventrículo esquerdo (FEVI) mostran cambios significativos ou se achegan aos limiares para cirurxía, o seguimento debe realizarse en intervalos de 3–6 meses.
- B) Nos casos non concluíntes, pode ser útil determinar as concentracións de péptido cerebral natriurético (brain natriuretic peptid, BNP), xa que a súa elevación durante o seguimento asociouse con deterioración da función do ventrículo esquerdo.
- C) Nos pacientes con insuficiencia aórtica de leve a moderada, o seguimento debe realizarse anualmente e a ecocardiografía, cada 2 anos.
- D) Nos pacientes con insuficiencia aórtica moderada que se operen de cirurxía coronaria está indicado o recambio valvular aórtico.

88. Segundo as recomendacións da European Association for Cardio- Thoracic Surgery (EACTS) 2020 en relación co tratamento de patoloxías de aorta torácica que presenten afectación do arco aórtico, indique a afirmación INCORRECTA:

- A) O termo disección " subaguda" debe empregarse para calquera disección diagnosticada entre os primeiros 15 e 90 días tras a aparición de síntomas.
- B) Aneurismas da arteria subclavia esquerda maiores ou iguais a 30 mm e/ou divertículo de Kommerell maior ou igual a 55 mm deberían considerarse para reparación (clase de recomendación IIA, nivel de evidencia C).
- C) A técnica de "trompa de elefante conxelada" recoméndase en pacientes sometidos a cirurxía de disección aórtica aguda tipo A para previr a formación de aneurismas distais de aorta torácica descendente (clase de recomendación I, nivel de evidencia C).
- D) A técnica de "trompa de elefante" debería considerarse en pacientes con disección de aorta tipo B complicada cando a intervención endovascular está contraindicada (clase de recomendación Ila, nivel de evidencia C).

89. Que factor de risco asóclase ao desenvolvemento dunha comunicación interventricular postinfarto?

- A) Sexo feminino.
- B) Idade avanzada.
- C) Primeiro episodio de infarto.
- D) Todas as anteriores.

90. Cal das seguintes afirmacións é CORRECTA con respecto á historia natural dos aneurismas de aorta torácica, segundo descríbese nas guías da Sociedade Europea de Cardioloxía?

- A) En pacientes coa síndrome de Marfan poden crecer mesmo máis rápido que 10 mm/ano.
- B) Os aneurismas familiares crecen máis lentamente, de media 0,5–1 mm/ano.
- C) Os aneurismas de aorta torácica descendente en xeral crecen máis rápido que os da aorta ascendente.
- D) Todas as anteriores son certas.

91. Respecto á detección intraoperatoria de isquemia medular mediante o uso de potenciais evocados, podemos afirmar que:

- A) Os potenciais evocados motores son influenciados polos axentes anestésicos.
- B) O seu uso na cirurxía dos aneurismas toracoabdominales é unha indicación de clase I, nivel de evidencia C segundo as Guías Clínicas.
- C) A especificidade dos potenciais evocados somatosensoriais é superior á dos potenciais evocados motores en predicir a isquemia medular.
- D) O uso de potenciais evocados motores ten unha maior sensibilidade que os potenciais evocados somatosensoriais en predicir a isquemia medular.

92. Sinale a afirmación FALSA sobre a rotura traumática de aorta:

- A) A rotura traumática de aorta é a segunda causa de morte nos accidentes de tráfico.
- B) Describíronse múltiples mecanismos diferentes de rotura traumática de aorta.
- C) O achado dun mediastino ensanchado maior que 8 cm na radiografía de tórax é un signo patognomónico de rotura traumática de aorta
- D) A técnica diagnóstica de elección na actualidade é o estudo mediante tomografía axial computerizada (TAC) con contraste.

93. En relación á comunicación Interventricular postinfarto, que afirmación é CORRECTA?

- A) Os dous dispositivos que máis se utilizan para o seu peche percutáneo son o sistema Watchman e Amplatzer.
- B) En canto ao mellor dispositivo de asistencia circulatoria mecánica utilizado como ponte á cirurxía, existe unha forte evidencia a favor do soporte circulatorio con membrana de osixenación extracorpórea veno-arterial (ECMO-VAI).
- C) A maioría dos pacientes con comunicacións secundarias a infartos anteriores teñen unha arteria descendente anterior pouco desenvolvida.
- D) O grao de afectación do ventrículo dereito ten unha repercusión directa sobre o pronóstico e a supervivencia.

94. Nunha paciente de 70 anos con Insuficiencia aórtica severa e sen outras valvulopatías previas realízase un recambio valvular aórtico por unha bioprótese aórtica de 25 mm sen incidencias. Ao saír de circulación extracorpórea, a paciente está severamente hipotensa e o ecocardiograma transesofáxico informa da aparición dunha insuficiencia mitral severa, previamente non existente, sen alteracións segmentarias da contractilidade nin alteracións eléctricas no electrocardiograma. Cal sospeita que podería ser a causa MÁIS PROBABLE entre as seguintes?:

- A) Colocar os puntos de sutura demasiado profundos debaixo da comisura entre o veo coronariano dereito e non coronariano.
- B) Colocar os puntos de sutura demasiado profundos debaixo da comisura entre o veo coronariano esquerdo e non coronariano.
- C) Oclusión do ostium da arteria coronaria dereita.
- D) Inadecuada protección miocárdica.

95. En relación cos pacientes que presentan unha rotura de parede libre ventricular como complicación mecánica do infarto de miocardio:

- A) A presentación clínica é moi pouco variable.
- B) Debido á sú moi alta incidencia tras a era postfibrinolítica puidéronse identificar multitude de factores de risco relacionados con ela.
- C) A rotura de miocardio afecta máis frecuentemente ao ventrículo dereito que ao esquerdo.
- D) A ruptura pódese presentar como morte súbita en pacientes con infartos de miocardio non detectados ou silentes.

96. Respecto ao defecto septal atrial, indique a resposta CORRECTA:

- A) Os defectos tipo ostium primum, representa o 30 % dos defectos auriculares.
- B) Os defectos tipo seo venoso inferior, que representa < 1 % dos casos, están localizados preto da vea cava inferior.
- C) É necesario o uso de cateterismo cardíaco para valorar o grao de shunt.
- D) Xeralmente son diagnosticados antes do mes de vida, por producir diminución franca do índice de crecemento.

97. Cal dos seguintes NON se considera factor de mal pronóstico nun paciente con endocardite?

- A) Fibrilación auricular.
- B) Insuficiencia cardíaca.
- C) Infección por *S. aureus*.
- D) Complicacións perianulares.

98. Segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica, en que situación a recomendación de cirurxía de revascularización coronaria NON é de clase I?

- A) Recoméndase a cirurxía de revascularización coronaria urxente para os pacientes con shock cardioxénico se a anatomía coronaria non é adecuada para intervención coronaria percutánea.
- B) Na enfermidade coronaria de dous vasos sen lesión da arteria descendente anterior proximal.
- C) Nos pacientes con enfermidade de tres vasos e diabéticos con puntuación SYNTAX intermedia ou alta.
- D) En pacientes con insuficiencia cardíaca crónica e disfunción sistólica do ventrículo esquerdo que teñen enfermidade multivazo e un risco cirúrxico aceptable.

99. En canto ás estenoses carotídeas en pacientes que van someterse a cirurxía de revascularización coronaria (CABG) segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardiotorácica de 2018 sobre revascularización coronaria, que afirmación é FALSA?

- A) En pacientes sen síntomas neurolóxicos programados para CABG non se recomenda a revascularización carotídea profiláctica por sistema para pacientes con estenoses carotídeas do 70-99%.
- B) Para pacientes programados para CABG, recoméndase individualizar a indicación de revascularización carotídea (e no seu caso o método e o momento oportunos) tras a discusión por un equipo multidisciplinario que inclúa a un neurólogo.
- C) En pacientes programados para CABG con historia recente (menor de 6 meses) de accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio (ACV/AIT) debe considerarse a revascularización carotídea para os pacientes con estenose carotídea do 50-99%.
- D) Antes da CABG, non se recomenda un estudo con ecografía dúplex para os pacientes con historia recente (menor de 6 meses) de ACV/ AIT.

100. Varón de 45 anos con enfermidade coronaria de tres vasos, anxina estable, función renal normal, diabético con insulina e FE do 30%, que foi intervido de cirurxía coronaria. Que afirmación é FALSA con respecto á medicación postoperatoria recomendada á alta, segundo as guías da Asociación Europea de Cirurxía Cardioráica?

- A) Doses máximas toleradas de estatinas para alcanzar obxectivo de LDL menor de 70 mg/dl (clase I, nivel A).
- B) Betabloqueantes (clase I, nivel A).
- C) Tratamento antiagregante plaquetario dobre (clase IIa, nivel B).
- D) Inhibidor da bomba de protóns (clase IIa, nivel B).

Preguntas de reserva

1. Nas Guías Europeas de circulación extracorpórea (CEC) en cirurxía cardíaca de adultos, realízanse indicacións sobre o uso de dióxido de carbono (CO₂) en relación cos procedementos cirúrxicos. Sinala cal das seguintes afirmacións é correcta e se axusta mellor ás devanditas indicacións:

- A) Recoméndase o emprego de CO₂ no campo cirúrxico para reducir microembolias gasosas (clase de recomendación I, nivel de evidencia B).
- B) Recoméndase o emprego de fluxo de CO₂ no circuíto de CEC antes do seu cebado como estándar para diminuír as microembolias aéreas (clase de recomendación I, nivel de evidencia B).
- C) As opcións a e b son correctas.
- D) Ningunha opción é correcta.

2. Respecto ás técnicas cirúrxicas empregadas na disección aguda de aorta tipo A, cal é a opción VERDADEIRA?

- A) Na maioría dos casos a insuficiencia aórtica asociada a unha disección de aorta aguda tipo A, a válvula aórtica adoita ser anormal e debe ser substituída.
- B) A substitución da aorta ascendente ou a substitución do hemiarco soamente son técnicas máis fáciles que non pechan o punto de entrada eficazmente, aínda que deixan boa parte da aorta sen tratar.
- C) Se a disección avanza ás ramas supraaórticas, en lugar de empregar a técnica clásica en "illa", pode considerarse implantar un enxerto terminoterminal de todos os troncos supraaórticos, utilizando enxertos individuais da prótese do arco.
- D) O tratamento cirúrxico/híbrido con fenestración do flap intimal está contraindicado en pacientes con síndrome de mala perfusión dinámica.

3. Paciente que ingresa por febre. Presenta bacteriemia por *S. aureus*. Non presenta síntomas neurolóxicos. Que afirmación é FALSA segundo as guías da Sociedade Europea de Cardiología?

- A) Debe considerar realizar un ecocardiograma.
- B) Recoméndase repetir o ecocardiograma transtorácico e/ou transesofáxico nos seguintes 5-7 días en caso de exame inicial negativo, se persiste un alto grao de sospeita clínica de endocardite infecciosa.
- C) Segundo os criterios modificados da Sociedade Europea de Cardiología, se no ecocardiograma presenta unha perforación da válvula aórtica considérase un criterio maior.
- D) Segundo estes criterios, se se realiza RM cerebral e presenta unha lesión isquémica recente, considérase un criterio maior.

4. Segundo as Guías Clínicas da European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) de 2019 en relación co tratamento da patoloxía aórtica que afecte o arco aórtico, sinala a resposta INCORRECTA:

- A) A ecografía intravascular permite a detección de trombose da falsa luz con maior sensibilidade e especificidade que o ecocardiograma transesofáxico.
- B) Na cirurxía de "trompa de elefante conxelada" estímase unha incidencia de dano de medula espinal dun 5%, polo que se recomenda uso profiláctico rutineiro de monitoraxe e drenaxe de líquido cefalorraquídeo.
- C) O tratamento endovascular da aorta torácica (TEVAR) non está recomendado en pacientes con zona de ancoraxe aórtica da endopróteses menores de 25 mm ou diámetro máximo aórtico maior de 38 mm.
- D) A incidencia de accidente cerebro-vascular durante o tratamento endovascular do arco aórtico estímase nun rango de 0 a 14%.

5. Cal dos seguintes defectos conxénitos débese á ausencia do septo auriculoventricular?

- A) CIA tipo ostium primum.
- B) CIA tipo fosa oval.
- C) CIA tipo seo coronario.
- D) CIA tipo seo venoso.

6. Respecto da comunicación interventricular postinfarto, que afirmación é INCORRECTA?

- A) O factor principal que determina a supervivencia tras a cirurxía é o momento da mesma.
- B) Ocorre habitualmente varios días despois do infarto (entre 3 e 5 días), aínda que ás veces pode presentarse nas primeiras 24 horas ou mesmo 2 semanas despois.
- C) A literatura suxire peores cifras prognósticas e maior incidencia de shunt residual para a reparación de comunicacións secundarias a infartos anteriores.
- D) Entre os factores de risco describiuse a enfermidade coronaria monovaso, aínda que tamén pode ocorrer no seo da enfermidade multivaso.

7. Na estratexia para protección medular e visceral en reparación de aneurismas toracoabdominais, o MENOS usado é:

- A) Perfusión con sangue de arterias renais.
- B) Permitir lixeira hipotermia.
- C) Clampaxe secuencial.
- D) Heparinización moderada, si se realiza by-pass esquerdo. Heparinización de 1 mg/Kg.

8. Respecto ao tratamento e seguimento da coartación de aorta (CoA) cal é a resposta CORRECTA?

- A) A reparación da CoA (cirúrxica ou percutánea) está indicada en pacientes con hipertensión arterial cun incremento do gradiente non-invasivo entre os membros superiores e inferiores, confirmado mediante medicións invasivas (pico maior ou igual a 20 mmHg) con preferencia do tratamento percutáneo cando tecnicamente sexa factible.
- B) A hipertensión arterial en repouso ou durante o exercicio é moi infrecuente, mesmo despois dun tratamento exitoso.
- C) En ningún caso se teñen que tratar os aneurismas do polígono de Willis en ocasións asociados á CoA.
- D) Todos os pacientes con CoA sempre teñen que realizar profilaxe de endocardite infecciosa.

9. Ante a aparición dun sopro sistólico novo no postoperatorio dun IAM, hai que pensar en:

- A) Insuficiencia mitral.
- B) Estenose aórtica.
- C) Rotura ventricular.
- D) Ningunha das anteriores.

10. A mellor abordaxe para localizar e pechar unha comunicación interventricular perimembranosa é:

- A) Atriotomía dereita, baixo a comisura que une os veos tricuspídeos septal e posterior.
- B) Atriotomía dereita, baixo a comisura que une os veos tricuspídeos septal e anterior.
- C) Atriotomía dereita, baixo a comisura que une os veos tricuspídeos anterior e posterior.
- D) Arteriotomía pulmonar transversa, a través da válvula pulmonar.