

**2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA**

**INSTRUCCIÓNs:**

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 sinala 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, advírtao 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](http://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.

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

**EXAME EN GALEGO**

1. Cal dos seguintes fármacos mostrou beneficio nun ensaio multicéntrico en nenos/as e adolescentes de 1 a 18 anos con insuficiencia cardíaca con FEVE reducida sintomática?

- A) Inhibidores do SGLT2
- B) Sacubitrilo-valsartan
- C) Antagonistas do receptor mineralocorticoide
- D) Digoxina

2. En presenza de vea cava superior esquerda persistente e drenaxe ao seo coronario como única anomalía, tras inxección de contraste na vea antecubital esquerda, cal das seguintes cavidades é a primeira en opacificarse:

- A) Ventrículo dereito
- B) Aurícula esquerda
- C) Ventrículo esquerdo
- D) Aurícula dereita

3. Sinala a CORRECTA en canto á cardioversión de pacientes con fibrilación auricular (FA):

- A) Os factores asociados con incremento de risco de recorrencia de FA tras cardioversión electiva son: idade, sexo masculino, cardioversión previa, enfermidade pulmonar obstrutiva, insuficiencia renal, enfermidade estrutural cardíaca, volume indexado de aurícula esquerda aumentado e insuficiencia cardíaca
- B) Os pacientes con FA de máis de 48 horas de inicio deben recibir tratamento anticoagulante durante polo menos 4 semanas antes da cardioversión electiva
- C) Os pacientes con FA de duración maior a 24 h sometidos a cardioversión deben continuar con anticoagulación terapéutica durante polo menos 4 semanas
- D) Non se recomenda o uso de vernakalant en pacientes con síndrome coronaria agudo recente (menos de 12 meses) e insuficiencia cardíaca (NYHA II-IV)

4. Con respecto ao estudo Victoria, que avaliou a utilidade de vericiguat fronte a placebo en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sintomática e fracción de execución reducida que estaban a recibir tratamento médico estándar. Cal é a opción de resposta CORRECTA?:

- A) O estudo incluíu pacientes de maior risco que o resto de estudos contemporáneos de fármacos en insuficiencia cardíaca
- B) Moi boa tolerabilidade conseguindo titular o fármaco ata dose plena en mais do 90% dos pacientes
- C) No grupo tratamento reduciuse o endpoint combinado de morte por causa cardiovascular ou primeira hospitalización por insuficiencia cardíaca
- D) Todas as respostas son correctas

5. Con respecto ao tratamento da hiperpotasemia na insuficiencia cardíaca, cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) Patiromer e ciclosilato de circonio e sodio teñen unha peor tolerancia e seguridade que as resinas catiónicas
- B) O inicio de acción do ciclosilato de circonio e sodio é máis precoz que o de patiromer
- C) O patiromer e o ciclosilato de circonio e sodio aumentan a excreción fecal de potasio
- D) A administración de compostos redutores de potasio permite instaurar ou aumentar o tratamento estándar da insuficiencia cardíaca con FE reducida nunha maior proporción de pacientes

6. Respecto ao tratamento das comorbilidades nos pacientes con insuficiencia cardíaca e fracción de exección reducida, é CERTO que:

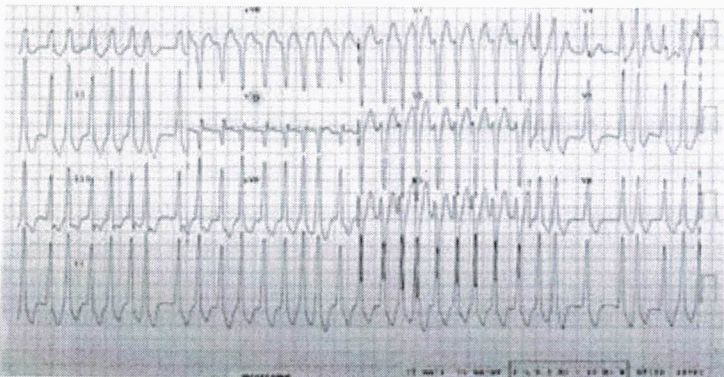
- A) A vacinación antigripal e antipneumocócica é prexudicial
- B) No caso de depresión maior están recomendados os antidepressivos tricíclicos
- C) Nos pacientes diabéticos é seguro utilizar saxagliptina para o control glicémico
- D) O tratamento con ferro-carboximaltosa debe considerarse en pacientes sintomáticos con déficit de ferro

7. Cal das seguintes afirmacións é CORRECTA respecto ao osixenador extracorpóreo de membrana (ECMO)?

- A) É unha asistencia circulatoria de fluxo pulsátil
- B) Non necesita anticoagulación
- C) Proporciona descarga ventricular completa
- D) Mostrouse eficaz como ponte a unha asistencia ventricular de longa duración ou como ponte a transplante cardíaco

8. En que situación aconsellaría a intervención valvular nun paciente asintomático con insuficiencia aórtica severa?

- A) Se a fracción de exección do ventrículo esquerdo é de 55%
- B) Se o diámetro telediastólico do ventrículo esquerdo é de 65mm
- C) Se a raíz aórtica é de 50 mm
- D) Se o diámetro telesistólico do ventrículo esquerdo é de 55 mm



9. Varón de 23 anos que acode a urxencias por palpitacións. Refire que no recoñecemento de empresa dixéronlle que tiña unha alteración no ECG pola que estaba pendente de consulta en cardioloxía. O ECG mostra unha taquicardia irregular de QRS ancho, cunha frecuencia cardíaca de 205 lpm (ver imaxe). Cal das seguintes opcións é INCORRECTA?

- A) O tratamento de elección para a cardioversión farmacolóxica é a procainamida ou o ibutilide
- B) A amiodarona é a alternativa ao tratamento con procainamida
- C) A arritmia máis frecuente nestes pacientes é a taquicardia por reentrada auriculoventricular
- D) O tratamento de elección nos pacientes con esta patoloxía que presentan arritmias recorrentes e FA é a ablación con catéter

**10. Sinala a resposta CORRECTA:**

- A) En pacientes con síncope e bloqueo bifascicular, un intervalo His-ventricular prolongado (HV) maior ou igual a 50ms ou HV maior ou igual a 70ms tras estrés farmacolóxico con ajmalina, flecainida, procainamida ou disopiramida, identifica pacientes con maior risco de desenvolver bloqueo auriculoventricular
- B) Na valoración de pacientes con síncope sen cardiopatía estrutural e ECG normal préfirese implante de Holter insertable fronte ao estudo electrofisiolóxico
- C) O tilt test pódese considerar no estudo de pacientes con sospeita de síncope reflexo recorrente
- D) Defínese hipersensibilidade do seo carotídeo como a indución dunha pausa ventricular maior de 6 segundos ou caída tensional maior de 50 mmHg tras masaxe do seo carotídeo

**11. Cal dos seguintes criterios NON suxire unha orixe ventricular dunha taquicardia regular de QRS ancho?**

- A) Patrón concordante negativo en todas as precordiais
- B) Se QRS con morfoloxía de BRD, patrón R/S maior que 1 (patrón R/S > 1) en V6
- C) Distancia desde o comezo da onda R ao nadir da onda S maior que 100 ms en calquera precordial
- D) Presenza de disociación auriculoventricular ou latexos de fusión

**12. Paciente de 68 anos que acode a un hospital comarcal por cadro de dor torácica de 2 horas de evolución. No ECG realizado en urxencias obsérvase elevación de ST anterior. Despois de contactar telefonicamente co 061 e hospital con dispoñibilidade de anxioplastia primaria estímase finalmente un tempo de traslado ata a sala de hemodinámica do hospital de referencia duns 130 min, cal é a estratexia de reperfusión recomendada segundo as guías da ESC 2023?:**

- A) Fibrinólise i.v. en menos de 15 min e traslado inmediato a hospital con capacidade de anxioplastia primaria se fracasa o tratamento trombolítico ou en menos de 24 horas se presenta criterios de reperfusión
- B) Traslado inmediato a hospital con capacidade de anxioplastia primaria
- C) Fibrinólise i.v. en menos de 15 min, valorando en urxencias do hospital comarcal a efectividade do tratamento trombolítico antes de trasladalo a hospital con capacidade de anxioplastia primaria
- D) Fibrinólise i.v. en menos de 10 min e traslado inmediato a hospital con capacidade de anxioplastia primaria se fracasa o tratamento trombolítico ou en menos de 24 horas se presenta criterios de reperfusión

**13. Paciente de 70 anos ingresado tras SCA con elevación de ST anterior extenso en clase Killip III tratado con ICP primaria e que requiriu intubación orotraqueal para obter unha axeitada osixenación, aínda que sen hipotensión. Presenta ás 24 horas do ingreso un episodio de fibrilación auricular a 130 lpm acompañada de hipotensión (presión arterial media 60 mmHg) sen empeoramento da osixenación. Cal sería o manexo máis axeitado segundo as guías da ESC 2023?:**

- A) Amiodarona i.v. para control de resposta ventricular e tentar a cardioversión farmacolóxica. En caso de fracaso de cardioversión farmacolóxica, cardioversión eléctrica
- B) Cardioversión eléctrica e Amiodarona i.v. para prevención de recorrencias
- C) Cardioversión eléctrica e en caso de recorrencias, Amiodarona i.v.
- D) Cardioversión eléctrica. Tras a reversión a ritmo sinusal se ten bos parámetros de osixenación e corríxese a hipotensión, iniciar betabloqueantes a doses baixas como primeira medida farmacolóxica para a prevención de recorrencias

**14. Na insuficiencia cardíaca con fracción de execución reducida en pacientes embarazadas, cal das seguintes afirmacións é CORRECTA segundo as guías ESC de 2018 de manexo de enfermidade cardiovascular durante o embarazo?**

- A) Non se pode empregar anticoagulación durante o embarazo
- B) Prefírese sempre cesárea programada a parto vaxinal
- C) Nas pacientes que utilizaban previamente betabloqueantes antes do embarazo recoméndase suspendelos
- D) En pacientes con miocardiopatía periparto e miocardiopatía dilatada recoméndase sempre asesoramento sobre risco de recorrencia en futuros embarazos mesmo con FEVE recuperada

**15. Cal dos seguintes fármacos que reducen os triglicéridos demostrou a redución de eventos cardiovasculares no paciente de alto ou moi alto risco cardiovascular no correspondente estudo?**

- A) Pema fibrato (PROMINENT)
- B) Icosapento de etilo (REDUCE IT)
- C) Ácido eicosapentanóico-ácido docosahexanóico (STRENGTH)
- D) Todos son correctos

**16. Señala a FALSA sobre a cardiomiopatía arritmoxénica do ventrículo dereito (CAVD):**

- A) A RMN cardíaca debería considerarse a proba de primeira liña para valorar criterios de anormalidade funcional/estrutural do VD por ter maior sensibilidade
- B) O patrón de herdanza na maioría das familias con CAVD é autosómico dominante
- C) A flecainida está contraindicada en pacientes con CAVD
- D) Nos pacientes con CAVD, a presenza de síncope arrítmico, TVNS, FE do VD menor do 40%, FE de VI menor do 45% e a inducibilidade de TVMS no estudo electrofisiolóxico son datos de alto risco que se deberían ter en conta na toma de decisións sobre implante de DAI de prevención primaria

**17. Cal das seguintes situacións NON se considera contraindicación para a realización dun transplante cardíaco segundo a guía ESC 2021 de insuficiencia cardíaca?**

- A) Enfermidade arterial periférica ou cerebral grave
- B) Índice de masa corporal maior a 35
- C) Hipertensión pulmonar reversible
- D) Inestabilidade psicolóxica que comprometa o seguimento e o réxime terapéutico

**18. En cal dos seguintes supostos os inhibidores da PCSK9 teñen unha maior indicación segundo as guías ESC 2021 de prevención da enfermidade cardiovascular?**

- A) Paciente en prevención secundaria que non alcanza obxectivos coa dose máxima tolerada de estatinas e ezetimiba
- B) Paciente con intolerancia ás estatinas independentemente do seu risco cardiovascular
- C) Paciente en prevención primaria con risco cardiovascular alto sen hipercolesterolemia familiar
- D) Paciente con mala adherencia ao tratamento hipolipemiante oral

**19. Sobre o fibroelastoma papilar, sinala a FALSA:**

- A) Son os tumores que máis involucran as válvulas cardíacas
- B) Xeralmente son pequenos, como unha masa pequena e moi móbil unida ao endocardio da válvula
- C) Adoita provocar obstrución ou dano valvular
- D) A escisión cirúrxica recoméndase en casos sintomáticos ou aqueles do lado esquerdo máis grandes e móbiles

20. Cal é a redución esperada de colesterol LDL cunha politerapia de estatina de alta intensidade máis ezetimiba segundo a guía ESC 2021 sobre a prevención da enfermidade cardiovascular na práctica clínica?

- A) 40%
- B) 50%
- C) 65%
- D) 75%

21. Na endocardite infecciosa é posible pasar á antibioterapia oral nas seguintes circunstancias, EXCEPTO:

- A) Aos 5 días de antibioterapia óptima intravenosa
- B) Índice de masa corporal menor a 40
- C) Endocardite por *S. aureus*
- D) Ausencia de febre máis de 2 días

22. En cal destes pacientes con insuficiencia tricúspide secundaria a valvulopatía esquerda consideraría o tratamento cirúrxico?:

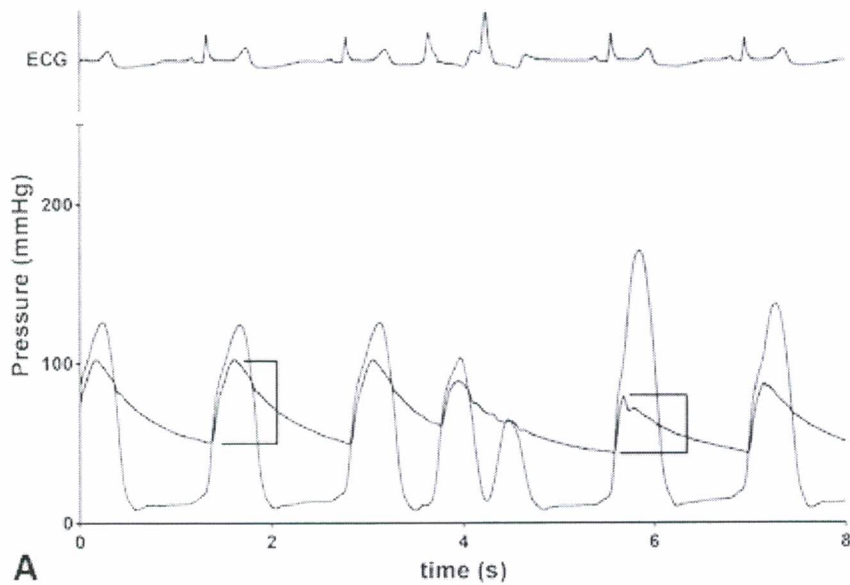
- A) Se a insuficiencia tricúspide é moderada con anel non dilatado durante a cirurxía da valvulopatía esquerda
- B) Se a insuficiencia tricúspide é leve a moderada con anel maior a 40mm durante a cirurxía da valvulopatía esquerda
- C) Se a insuficiencia tricúspide é severa tras cirurxía valvular esquerda con dilatación progresiva e disfunción avanzada de ventrículo dereito
- D) Se a insuficiencia tricúspide é severa tras cirurxía valvular esquerda con disfunción avanzada de ventrículo esquerdo

23. Home de 64 anos, hipertenso, diabético e fumador, acode por dispnea de moderados esforzos de 3 días de evolución. Atópase hemodinamicamente estable sen sopros cardíacos. Na auscultación pulmonar presenta diminución do murmurio vesicular sen outros achados. A Rx de tórax mostra índice cardiorácico do 50%. No ECG destaca fibrilación auricular con resposta ventricular a 90 lpm. O NT-proBNP é de 50 pg/ml. Cal dos seguintes diagnósticos considera que é o menos probable?

- A) Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica
- B) Tromboembolismo pulmonar
- C) Asma bronquial
- D) Insuficiencia cardíaca

24. Indica a CORRECTA respecto á ablación con catéter da fibrilación auricular (FA) e os resultados clínicos da mesma:

- A) O illamento de veas pulmonares é tanto máis efectivo canto máis remodelada estea a aurícula esquerda
- B) As recorrencias a longos períodos de seguimento non son infrecuentes, pero a calidade de vida vese significativamente mellorada
- C) O estudo CABANA demostra maior efectividade para o control do ritmo en comparación cos fármacos, pero a calidade de vida non se ve significativamente afectada
- D) A recorrencia precoz de FA tras o procedemento de ablación non é un preditor de recorrencias de FA posteriores



25. Home de 72 anos valorado por dispnea de moderados esforzos e sopro sistólico na exploración física. Realizouse estudo con ecocardiograma (moi limitado pola xanela) no que se describía unha hipertrofia ventricular esquerda moderada con función sistólica conservada. Realizouse cateterismo cardíaco no que se obtiveron os rexistros de presión de ventrículo esquerdo e aorta que se poden ver na imaxe previa. Cal é o diagnóstico máis probable?

- A) Estenose valvular aórtica
- B) Miocardiopatía hipertrófica obstrutiva
- C) Estenose subaórtica membranosa
- D) Dobre lesión valvular aórtica (estenose e insuficiencia aórtica)

26. Nunha estenose mitral significativa, cal das seguintes NON indica risco alto de embolias ou descompensación hemodinámica:

- A) Fibrilación auricular paroxística
- B) Presión pulmonar sistólica en repouso de 45 mmHg
- C) Xestación
- D) Contraste denso espontáneo en aurícula esquerda

27. Respecto ao manexo de pacientes con comunicación interauricular (CIA), sinale a opción CORRECTA segundo as guías da ESC 2020:

- A) Débese valorar o peche do defecto naqueles casos con resistencias pulmonares entre 3 e 5 unidades wood con fluxo esquerda-dereita significativo ( $Q_p:Q_s$  maior a 1.5)
- B) Os defectos tipo seo venoso superior (asociados a drenaxe venoso anómalo), son menos frecuentes que a suma dos defectos tipo seo venoso inferior e dos defectos tipo de seo coronario
- C) A CIA ostium secundum supón aproximadamente o 60 % dos casos
- D) En xeral considérase que un defecto non debería ter relevancia hemodinámica se o seu tamaño é menor a 15 mm

**28. Indica a FALSA no tratamento das taquicardias supraventriculares:**

- A) O esquema de tratamento agudo de taquicardia regular de QRS estreito estable hemodinamicamente consiste en: iniciar con manobras vagais; se fallan, adenosina endovenosa e se falla a adenosina debe empregarse verapamil, diltiazem ou b-bloqueantes endovenosos. Se falla todo o anterior: cardioversión eléctrica
- B) O tratamento de elección na taquicardia auricular focal recorrente ou incesante é a ablación con catéter
- C) En pacientes con síntomas mínimos e episodios curtos e infrecuentes de TRNAV pódese facer seguimento sen necesidade de ablación nin tratamento antiarrítmico
- D) Na taquicardia por reentrada do nodo auriculoventricular (TRNAV), o tratamento de elección na ablación con catéter é a realización de crioablación con modificación da vía rápida por ser a técnica con máis éxito, menos complicacións e menor recorrencia

**29. Indica a VERDADEIRA, segundo o publicado nas guías da ESC 2021 de marcapasos e terapia de resincronización cardíaca:**

- A) Recoméndase revisar o marcapasos antes dunha cirurxía, se non se realizou nos 3 meses previos
- B) En relación con pacientes portadores de marcapasos sometidos a tratamento de radioterapia, o risco de disfunción de marcapasos increméntase con doses acumuladas sobre o dispositivo por encima de 2 Gy
- C) O hematoma da bolsa de marcapasos é unha complicación moi infrecuente (menor do 0.1%). A evacuación do hematoma, necesaria en máis dun 20%, asóciase cun incremento de risco de infección de aproximadamente 15 veces
- D) A infección do dispositivo é unha das complicacións máis preocupantes. A taxa de infeccións é similar en implante de desfibrilador (DAI), resincronizadores (TRC) e marcapasos simples e é maior en recambios e procedementos de upgrade

**30. En relación co uso das troponinas de alta sensibilidade fronte á troponina convencional no manexo de SCA sen elevación de ST, sinale a opción FALSA:**

- A) Ten un valor predictivo negativo (VPN) para infarto máis alto, especialmente para aqueles que consultan precozmente
- B) Aumenta o número de pacientes diagnosticados de anxina inestable
- C) Os resultados deben valorarse no contexto clínico do paciente e co resto de probas complementarias, considerando outras posibilidades diagnósticas distintas ao infarto
- D) Nas guías da ESC 2023, o uso de algoritmo 0h/1h ou 0h/2h con determinación seriada de troponinas de alta sensibilidade é indicación clase I en pacientes con sospeita de SCA sen elevación de ST que non teñen criterios de moi alto risco

**31. En canto aos signos ecocardiográficos adicionais indicativos de hipertensión pulmonar, cal é INCORRECTA:**

- A) Deben estar presentes signos de polo menos dúas categorías
- B) Tempo de aceleración do tracto de saída ventrículo dereito menor de 105 ms
- C) Cociente TAPSE/PAPs menor de 0,45mm/mmHg
- D) Velocidade de regurxitación pulmonar diastólica temperá maior a 2,2m/s

**32. Segundo as guías de síndromes coronarias crónicas da ESC 2018, recoméndase a realización das seguintes probas para a avaliación dos pacientes sintomáticos con sospeita de cardiopatía isquémica crónica, EXCEPTO:**

- A) Test de detección de isquemia con imaxe ou TAC coronario, para estratificación de risco
- B) Ecocardiograma
- C) Coronariografía directa en pacientes sintomáticos con elevada probabilidade pretest
- D) Ergometría con finalidade diagnóstica

**33. Todos son criterios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular esquerda MENOS:**

- A) Suma da profundidade de S en V1 e a onda R en V5 ou V6 (a de maior voltaxe das 2) maior de 35 mm
- B) Suma da onda R en aVL coa onda S de V3 maior de 28 mm en varóns e 20 mm en mulleres
- C) Unha puntuación na escala de Romhit–Estes maior de 5
- D) Desviación do eixo á dereita con onda R alta en V1–V2

**34. Segundo as guías da ESC 2022 de valoración e manexo cardiovascular de pacientes sometidos a cirurxía non cardíaca, indica a resposta FALSA:**

- A) Recoméndase iniciar betabloqueantes previo a cirurxía en cirurxías non cardíacas de alto risco en pacientes con enfermidade arterial coronaria ou que presentan dous ou máis factores clínicos de risco
- B) Nun paciente en tratamento con dobre antiagregación que se somete a unha extracción dental, recoméndase manter a dobre antiagregación por tratarse dunha intervención sen alto risco de sangrado
- C) No caso de estar indicada a suspensión de inhibidor de P2Y12 recoméndase suspender o ticagrelor 3–5 días, clopidogrel 5 días e prasugrel 7 días antes da cirurxía
- D) Recoméndase heparina de baixo peso molecular como alternativa á heparina non fraccionada en pacientes con válvula cardíaca protésica mecánica e cirurxía de alto risco de sangrado

**35. Segundo a guía ESC de 2023 para o manexo da enfermidade cardiovascular en pacientes con Diabetes Mellitus (DM) en pacientes con enfermidade renal crónica e DM recoméndase o emprego de finerenona para reducir os eventos cardiovasculares e fallo renal:**

- A) Cunha clase de recomendación I e nivel de evidencia A
- B) Cunha clase de recomendación IIb e nivel de evidencia C
- C) Cunha clase de recomendación IIa e nivel de evidencia A
- D) Cunha clase de recomendación IIa e nivel de evidencia B

**36. En cal destes pacientes con insuficiencia mitral primaria severa NON consideraría o tratamento cirúrxico?**

- A) Asintomático, con fracción de eiección do ventrículo esquerdo do 65%, diámetro telesistólico ventrículo esquerdo de 35 mm
- B) Asintomático con función do ventrículo esquerdo conservada e fibrilación auricular secundaria á valvulopatía
- C) Asintomático con función do ventrículo esquerdo conservada e presión arterial pulmonar sistólica de 55 mmHg
- D) Asintomático con función do ventrículo esquerdo conservada con aurícula de 60mm de diámetro se baixo risco cirúrxico e resultados duradeiros

**37. En relación coa indicación de implante de marcapasos en pacientes con implante de válvula transaórtica (TAVI), indica a resposta INCORRECTA segundo as guías da ESC 2021 de estimulación cardíaca e resincronización:**

- A) O predictor máis potente de necesidade de implante de marcapasos permanente é o bloqueo de rama dereita (BRDHH) preexistente
- B) Recoméndanse algoritmos para minimizar estimulación, xa que se observan baixas taxas de dependencia a longo prazo
- C) Recoméndase realizar monitorización ambulatoria prolongada ou estudo electrofisiolóxico nos pacientes con trastornos de condución preexistentes e prolongación do QRS ou PR maior de 20 mseg tras TAVI e que non progresan en 48 horas por tratarse de pacientes de alto risco de presentar bloqueo AV (BAV) completo
- D) Debería considerarse implante de marcapasos nas primeiras 24 horas en pacientes con bloqueo de rama dereita (BRDHH) preexistente que presentan maior trastorno da condución (BAV de alto grao transitorio, prolongación PR, cambio de eixo QRS) durante ou tras o implante da TAVI

**38. Acerca do sacubitrilo–valsartán, cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA?**

- A) A dose inicial recomendada en todos os casos é un comprimido de 24 mg/26 mg dúas veces ao día
- B) Está contraindicado no embarazo
- C) Con uso previo de IECA debemos suspender o seu uso 36 horas antes de iniciar sacubitrilo–valsartán
- D) Non se require axuste de dose en pacientes con insuficiencia renal leve

**39. Sinala a CORRECTA no axuste de dose de anticoagulantes de acción directa na fibrilación auricular:**

- A) Rivaroxabán 15 mg/24h se aclaramento de creatinina menor de 60 ml/min
- B) Edoxabán 30 mg/24h se aclaramento de creatinina menor 50 ml/min, peso menor de 60 kg, tratamento con dronedarona, ciclosporina, eritromicina ou ketoconazol
- C) Dabigatrán 110 mg/12 horas se idade maior de 70 anos, toma verapamilo ou risco hemorráxico aumentado
- D) Apixabán 2.5 mg/12h se se cumpren 2 de 3 criterios: creatinina maior de 1.5 mg/dl, idade maior de 70 anos, peso menor de 70 kg

**40. Segundo a clasificación por etapas do shock cardioxénico da Society for Cardiovascular Angiography and Intervention (SCAI) un paciente en situación de shock clásico, definido como un estado de hipoperfusión que require intervención pero sen deterioración nin shock refractario, clasificaríase no seguinte estadio:**

- A) Estadio A
- B) Estadio B
- C) Estadio C
- D) Estadio D

**41. Respecto ao tratamento antiagregante durante a asistencia á síndrome coronaria aguda sen elevación de ST segundo as guías da ESC 2023, sinala a FALSA:**

- A) Non se recomenda a administración de Prasugrel ou Ticagrelor antes da coronariografía
- B) O Ticagrelor está contraindicado en pacientes a tratamento con Claritromicina
- C) Valorarase o uso de Cangrelor naqueles pacientes sometidos a intervencionismo coronario que non recibiron tratamento con inhibidores do receptor P2Y12 e nos que a administración en fase aguda dun inhibidor do receptor P2Y12 non é factible
- D) O Prasugrel está contraindicado en pacientes a tratamento con Ketoconazol

**42. En caso de endocardite infecciosa (EI) sinala a CORRECTA:**

- A) Na EI dereita está recomendada a cirurxía ante vexetacións maiores a 10mm
- B) Tras un accidente isquémico transitorio debería atrasarse a cirurxía cardíaca
- C) Ante sospeita de endocardite sobre dispositivo recoméndase dúas series de hemocultivos antes de iniciar antibioterapia
- D) Ante sospeita de endocardite sobre dispositivo recoméndase cubrir estafilococo meticilin-resistente e Gram-negativos

**43. Indica a CORRECTA en canto á ablación da fibrilación auricular (FA):**

- A) Pódese considerar a ablación con catéter da FA como primeira liña de tratamento en pacientes con FA con risco alto de miocardiopatía inducida por taquicardia se teñen síntomas de insuficiencia cardíaca
- B) Recoméndase suspender a anticoagulación oral 24 horas antes do procedemento e reinicio inmediato senón houbo complicacións
- C) Recoméndase manter a anticoagulación durante polo menos 2 meses tras a ablación con catéter
- D) Recoméndase manter de maneira sistemática o tratamento con fármacos antiarrítmicos polo menos 6 meses tras a ablación con catéter

**44. Na insuficiencia mitral primaria severa, a reparación "bordo con bordo" en pacientes sintomáticos, segundo a guía de valvulopatías de la ESC 2021, tería unha clase de recomendación:**

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

**45. Sinala a resposta FALSA en canto ao diagnóstico da FA:**

- A) A FA é a arritmia cardíaca sostida máis frecuente en adultos en todo o mundo
- B) Recoméndase o cribado oportunista da FA mediante a palpación do pulso ou tiras de ritmo de ECG en pacientes maiores de 65 anos
- C) Tras detectar FA na análise realizada por un/unha médico con experiencia dun rexistro ECG maior de 30 segundos obtido nun dispositivo móbil é necesario obter un ECG adicional que confirme o diagnóstico (p. ex. ECG de 12 derivacións, monitorización con Holter, etc)
- D) Débese considerar o cribado sistemático mediante ECG para a detección de FA en pacientes maiores de 75 anos ou con alto risco de ictus

**46. En pacientes con Diabetes Mellitus e enfermidade cardiovascular establecida, a nivel farmacolóxico, que debemos priorizar?**

- A) Alcanzar o obxectivo de HbA1c
- B) O beneficio cardiovascular
- C) A perda de peso
- D) O custo do tratamento

**47. Durante o cateterismo cardíaco dun posible caso de pericardite constrictiva, cal dos seguintes parámetros hemodinámicos achega unha maior especificidade e valor predictivo positivo?**

- A) Variación respiratoria do gradiente diastólico entre a presión capilar pulmonar e de ventrículo esquerdo maior ou igual a 5 mmHg
- B) Unha diferenza de presións telediastólicas entre ventrículo esquerdo e ventrículo dereito menor ou igual a 5 mmHg
- C) Variación respiratoria de presión de aurícula dereita media menor a 3 mmHg
- D) Índice de área sistólica entre a curva de presión de ventrículo esquerdo e ventrículo dereito en inspiración dividido entre o mesmo cociente en espiración maior de 1.1 (interdependencia ventricular)

**48. As seguintes estatinas metabolízanse a nivel hepático a través das isoenzimas do citocromo P450 (CYP3A4) EXCEPTO:**

- A) Atorvastatina
- B) Simvastatina
- C) Rosuvastatina
- D) Lovastatina

**49. Respecto da insuficiencia cardíaca (IC) segundo as guías de IC da ESC 2021 é FALSO que:**

- A) A incidencia total de IC está en aumento debido ao envellecemento da poboación
- B) En países occidentais e desenvolvidos, a enfermidade coronaria e a hipertensión son os factores etiolóxicos predominantes
- C) A prevalencia de IC é máis do 10% nos maiores de 70 anos
- D) Segundo os resultados de estudos sobre pacientes hospitalizados con IC máis do 90% ten IC con FEVE reducida

**50. Respecto aos pacientes con coartación de aorta, sinale a FALSA:**

- A) En pacientes hipertensos debería valorarse o tratamento con stent se presentan un estreitamento maior ou igual a un 50 % respecto ao diámetro da aorta ascendente
- B) Asóciase a válvula aórtica bicúspide nun 85 % dos casos
- C) A reparación está indicada en pacientes hipertensos con gradientes de tensión arterial (medida de forma non invasiva) entre membros superiores e inferiores maiores ou iguais a 20 mmHg
- D) Ata un 10 % dos pacientes poden ter aneurismas cerebrais

**51. A adecuada medida da aorta ascendente proximal no adulto mediante ecocardiografía bidimensional realízase no plano paraesternal lonxitudinal:**

- A) De bordo interno a bordo interno en telediástole
- B) De primeiro eco a primeiro eco en telediástole
- C) De primeiro eco a primeiro eco en telesístole
- D) De bordo interno a bordo interno en mesosístole

**52. Respecto á estratificación de risco en pacientes con cardiopatía isquémica crónica segundo as guías da ESC 2018, sinala a opción INCORRECTA:**

- A) Se o paciente xa dispón dun TAC coronario non concluínte e a sintomatoloxía é dubidosa debería realizarse test de imaxe de stress antes de solicitar unha coronariografía diagnóstica
- B) Durante a coronariografía en pacientes con estenose intermedia de tronco común esquerdo debe valorase a ecografía intravascular para estratificación prognóstica
- C) Recoméndase para estratificación prognóstica, a realización de coronariografía con avaliación fisiolóxica (FFR/iFR) en pacientes con resultados de probas non invasivas con criterios de alto risco nos que se considere que a revascularización pode mellorar o prognóstico
- D) Non se recomenda a coronariografía cando se indica para estratificación de risco se non existen outros condicionantes

**53. Sinala a resposta INCORRECTA en relación coa hipertensión arterial resistente:**

- A) Recoméndase documentar o mal control mediante MAPA ou AMPA
- B) A hipertensión resistente defínese como unha PA descontrolada a pesar do tratamento coas doses óptimas ou mellor toleradas de 3 ou máis fármacos que inclúan un diurético
- C) Está recomendado o uso de terapias baseadas en dispositivos ou denervación renal
- D) Recoméndase engadir espironolactona como cuarto paso de tratamento farmacolóxico

**54. Paciente diabético con SCA sen elevación ST con fibrilación auricular non valvular que requirirá anticoagulación oral crónica. Na coronariografía détectase enfermidade coronaria trivascular que se revasculariza con stents nos tres territorios. Se o risco hemorráxico é baixo e prefírese reducir o risco de eventos isquémicos, cal será a estratexia máis adecuada para o manexo antitrombótico segundo as guías da ESC 2023?:**

- A) Tratamento antitrombótico triplo con Aspirina, Clopidogrel e anticoagulantes de acción directa (ACOD) durante 1 mes, daquela ACOD e Clopidogrel durante o primeiro ano. Posteriormente monoterapia con ACOD
- B) Tratamento antitrombótico triplo con Aspirina, Ticagrelor e ACOD durante 1 semana, seguido de ACOD e Ticagrelor durante o primeiro ano. Posteriormente monoterapia con ACOD
- C) Tratamento antitrombótico triplo con Aspirina, Clopidogrel e antivitamina K durante 1 semana, daquela antivitamina K e Clopidogrel durante o primeiro ano. Posteriormente monoterapia con antivitamina K
- D) Tratamento antitrombótico triplo con Aspirina, Clopidogrel e ACOD durante 1 semana, seguido de ACOD e Clopidogrel durante o primeiro ano. Posteriormente monoterapia con ACOD

**55. Con respecto ao diagnóstico da insuficiencia cardíaca (IC) en determinados escenarios cal das seguintes exploracións ten unha maior indicación:**

- A) Proba de esforzo para investigar a causa da dispnea
- B) RM cardíaca para avaliar función miocárdica en pacientes con mala ventá acústica
- C) Coronariografía en pacientes asintomáticos con fracción de exección reducida
- D) Cateterismo dereito para pacientes con IC con FE preservada para confirmar o diagnóstico

**56. É unha contraindicación para a comisurotomía mitral percutánea:**

- A) Ausencia de fusión comisural
- B) Área valvular mitral menor a 1,5 cm<sup>2</sup>
- C) Insuficiencia mitral lixeira
- D) Estenose aórtica moderada concomitante

**57. Dos seguintes parámetros cal aumenta máis o GRACE score?:**

- A) Frecuencia cardíaca en repouso de 155 lpm
- B) Creatinina sérica 2.7 mg/dl
- C) Antecedentes de insuficiencia cardíaca conxestiva
- D) Presión arterial sistólica 90 mmHg

**58. Nos pacientes con SCA con elevación do ST tratados con angioplastia primaria, sen choque cardioxénico pero con enfermidade coronaria noutros territorios subsidiaria de intervención coronaria percutánea (ICP), cal das seguintes é a máis adecuada segundo as recomendacións das guías da ESC 2023:**

- A) Revascularización completa con ICP (se as lesións fosen abordables) en base ao grao de estenose angiográfica, durante o procedemento de angioplastia primaria ou ben durante os primeiros 45 días tras o ingreso
- B) Valoración do resto de lesións de forma invasiva con guía de presión e considerar ICP sobre aquelas lesións con repercusión funcional durante o procedemento de angioplastia primaria ou ben durante os primeiros 45 días tras o ingreso
- C) Valoración despois do alta con test non invasivo de detección de isquemia revascularizando (idealmente durante os primeiros 45 días tras o ingreso) aquelas lesións nas que se documente isquemia significativa
- D) Revascularización durante o seguimento daquelas lesións que condicionen síntomas a pesar de tratamento e que presenten criterios de risco nas probas de detección de isquemia

**59. Indica a resposta CORRECTA sobre a enfermidade de Anderson–Fabry:**

- A) A enfermidade de Fabry transmítese do pai aos fillos varóns
- B) A enfermidade de Fabry pode manifestarse con bloqueos auriculoventriculares no adulto
- C) É típico da enfermidade de Fabry a hipertrofia ventricular esquerda e o realce tardío de gadolinio apical
- D) A terapia de substitución enzimática non está indicada en presenza de signos temperáns de afectación de órganos

**60. Indique en cal destas circunstancias NON está indicada a cirurxía da endocardite infecciosa (EI):**

- A) EI con bloqueo auriculo–ventricular de nova aparición
- B) EI por organismo multirresistente con mala tolerancia hemodinámica
- C) EI sobre válvula nativa con vexetacións maiores a 5mm unha vez iniciado antibiótico adecuado
- D) EI que ocasione disfunción valvular severa con signos ecocardiográficos de mala tolerancia hemodinámica

**61. Cal das seguintes afirmacións sobre o estudo DELIVER é CORRECTA?**

- A) É un estudo de insuficiencia cardíaca crónica e non incluíu a pacientes ingresados
- B) Dapagliflozina reduce significativamente a mortalidade cardiovascular
- C) O beneficio con Dapagliflozina é consistente no subgrupo de FEVI maior a 60%
- D) É un criterio de exclusión a taxa de filtrado glomerular menor a 40 ml/min

**62. En que situación NON aconsellaría a intervención valvular nun paciente asintomático con estenose aórtica severa?**

- A) Se a fracción de exacción do ventrículo esquerdo é do 50% e non se debe a ningunha outra causa
- B) Se a velocidade pico é maior a 5 m/s
- C) Se presenta cifras de BNP elevadas e fibrilación auricular
- D) Se presenta caída persistente da presión arterial (máis de 20mmHg) durante a proba de esforzo

**63. En pacientes con MINOCA ou infarto de miocardio sen lesións significativas (estenoses menores ao 50 %), sinala a FALSA respecto a pacientes con infarto de miocardio con lesións significativas na coronariografía:**

- A) Os casos de MINOCA son máis frecuentes en mulleres
- B) A hipertensión aparece con maior frecuencia en pacientes con MINOCA
- C) Nos pacientes con MINOCA obxectívanse infartos subendocárdicos na resonancia en aproximadamente unha cuarta parte dos pacientes
- D) Os pacientes con MINOCA adoitan ter menor idade

**64. Na enfermidade de Ebstein, son todas verdadeiras EXCEPTO:**

- A) A arritmia cardíaca máis frecuente é a taquicardia supraventricular por reentrada a través de vía accesoria
- B) Asíciase con frecuencia a CIA tipo ostium secundum ou forame oval permeable
- C) É común o achado na auscultación dun ritmo cardíaco de catro tempos
- D) Se un paciente require cirurxía e obsérvanse datos de preexcitación no ECG, debería valorarse realizar a ablación despois da cirurxía correctora para facilitar o acceso á vía accesoria

**65. Ante unha paciente con diámetros de aorta ascendente de 50mm en contexto de válvula aórtica bicúspide, debe considerarse a cirurxía da aorta ascendente nos seguintes casos, EXCEPTO:**

- A) Historia familiar de disección aórtica
- B) Hipertensión arterial sistémica ben controlada
- C) Desexo de embarazo
- D) Historia persoal de disección vascular espontánea

**66. En canto ás recomendacións sobre o tratamento antitrombótico na intervención valvular, sinala a FALSA:**

- A) Debe considerarse anticoagulante de acción directa tras os primeiros 3 meses dunha bioprótese con fibrilación auricular
- B) Debe considerarse doses baixas de ácido acetilsalicílico durante os primeiros 3 meses de bioprótese aórtica cirúrxica para pacientes sen indicación basal de anticoagulación
- C) Debe considerarse anticoagulación con antivitamina K durante os primeiros 3 meses dunha bioprótese aórtica cirúrxica para pacientes sen indicación basal de anticoagulación
- D) Debe considerarse anticoagulación con AVK asociando AAS en pacientes con próteses mecánicas e enfermidade aterosclerótica concomitante

**67. En relación cos episodios de SCA durante o embarazo, sinala a opción INCORRECTA:**

- A) Despois do evento recoméndase que idealmente o parto atrácese polo menos 1 semana
- B) Teñen unha maior mortalidade que aquelas mulleres non embarazadas
- C) A disección coronaria é o mecanismo fisiopatolóxico máis frecuente
- D) Os eventos son máis frecuentes no terceiro trimestre ou primeiras horas do postparto

**68. Ante unha prótese mecánica con fuga paravalvular, indique a FALSA:**

- A) As análises sanguíneas para hemólise só deben realizarse ante sospeita de disfunción
- B) A reoperación está recomendada se a fuga está relacionada con endocardite ou causa hemólise con síntomas graves
- C) Se anatomía favorable debe considerarse o peche percutáneo
- D) Se contraindicada intervención, o tratamento incluírá suplementos de ferro, bloqueadores beta e eritropoetina

69. Cal dos seguintes fármacos está contraindicado no tratamento da hipertensión arterial durante o embarazo?

- A) Metildopa
- B) Ramipril
- C) Labetalol
- D) Nifedipino

70. Cal dos seguintes fármacos antidiabéticos NON se recomenda nun paciente diabético con insuficiencia cardíaca?

- A) Dapagliflozina
- B) Metformina
- C) Pioglitazona
- D) Linagliptina

71. Cal das seguintes afirmacións acerca do manexo dos pacientes con amiloidose cardíaca é FALSA?

- A) A escala CHADSVASC é pouco valorable para predicir risco embólico nun paciente con amiloidose cardíaca e FA
- B) A biopsia non é necesaria para confirmar amiloidose cardíaca TTR en caso de obterse un grao 2-3 de positividade na gammagrafía
- C) En pacientes con amiloidose cardíaca TTR e estenose aórtica grave sintomática a TAVI non mellora o pronóstico
- D) O Tafamidis ten mellores resultados en pacientes en clase funcional NYHA I-II

72. En canto ao tratamento da pericardite. Sinale a resposta CORRECTA:

- A) Na pericardite urémica podería considerar AINE, corticoides e colchicina
- B) Na pericardite postinfarto agudo de miocardio de elección son os AINE
- C) No quilopericardio débese considerar drenaxe pericárdico e nutrición parenteral ante derrames sintomáticos ou incontrolados
- D) Na pericardite aguda idiopática a restrición de exercicio físico en atletas recoméndase polo menos durante 6 meses

73. NON se atopa entre as recomendacións xerais das guías da ESC de SCA de 2023 para o manexo do paciente segundo as súas comorbilidades:

- A) Uso das mesmas estratexias diagnósticas e terapéuticas en pacientes con insuficiencia renal que naqueles con función renal normal
- B) Manexo conservador en pacientes anciáns salvo criterios de risco
- C) Adaptar o tipo e a dose do tratamento antitrombótico á fraxilidade do paciente
- D) Interrupción temporal do tratamento oncolóxico se se sospeita que contribuíu á aparición do SCA

74. Un dos seguintes NON está incluído nos criterios COAPT (Cardiovascular Outcomes Assessment of the MitraClip Percutaneous Therapy for Heart Failure Patients With Functional Mitral Regurgitation):

- A) Diámetro telediastólico do ventrículo esquerdo maior a 70 mm
- B) Fracción exceción ventrículo esquerdo do 20-50%
- C) Insuficiencia mitral grao tres ou maior
- D) Tratamento médico e dispositivos segundo guías de práctica clínica

**75. En relación coa síndrome de Brugada, indica a resposta FALSA en base ás guías da ESC do 2022 do manexo de arritmias ventriculares e prevención de morte súbita:**

- A) En opinión dos expertos, o patrón tipo 1 inducido por bloqueantes da canle de sodio ou por febre require a presenza doutros achados para considerar o diagnóstico de síndrome de Brugada (síncope arrítmico, respiración agónica nocturna, historia familiar de síndrome de Brugada...)
- B) Datos de mapeamento electrofisiolóxico e estudos histolóxicos suxiren que un substrato arrítmoxénico con fibrose anormal no subendocardio do tracto de saída do ventrículo dereito é o responsable da elevación do ST en precordiais dereitas e da aparición de FV en pacientes con síndrome de Brugada. A ablación desas áreas do subendocardio pode suprimir a recorrencia de FV e normalizar o ECG
- C) Recoméndase realizar test xenético para o xene SCN5A nos probandos con síndrome de Brugada
- D) En pacientes con descargas recorrentes de DAI por arritmias ventriculares débese asociar quinidina

**76. Paciente de 78 anos que chega a urxencias con dor centorácico opresivo irradiado a brazo esquerdo dunhas 3 horas de evolución. Os síntomas melloraron parcialmente despois de administración de Nitroglicerina s.l. no servizo de urxencias. Realízase ECG no que se aprecia bloqueo de rama dereita con T negativas en V1–V2, sen outras alteracións da repolarización. Segundo as guías da SEC 2023 é candidato a:**

- A) Coronariografía emerxente e ICP primaria se procede
- B) Realización de curva encimática con troponinas de alta sensibilidade para estratificación de risco e manexo do paciente en función do resultado
- C) Ingreso e coronariografía en menos de 24 horas
- D) Ecocardiograma en urxencias e se non se observan claras alteracións da motilidade segmentaria, curva encimática con troponinas de alta sensibilidade

**77. Na nova escala de risco cirúrxico para a insuficiencia tricuspídea illada (TRI–SCORE) un dos seguintes parámetros NON está incluído:**

- A) Idade maior ou igual a 70 anos
- B) Filtrado glomerular menor a 30 ml/min
- C) Transaminases elevadas
- D) Bilirrubina total elevada

**78. En relación coa síndrome de QT longo (SQTL), indica a resposta CORRECTA en base ás guías da ESC do 2022 do manexo de arritmias ventriculares e prevención de morte súbita:**

- A) A presenza de taquicardias ventriculares monomorfas non sostidas, a duración do QT corrixido, a alternancia da onda T, presenza de mutación patoxénica e a historia de síncope son algúns dos datos que se utilizan no score modificado do diagnóstico do QT longo
- B) Recoméndanse B–bloqueantes en todos os pacientes con síndrome de QT longo, idealmente os non selectivos (nadolol, propranolol)
- C) A mexiletina está indicada en pacientes cun SQTL tipo 2 con QT prolongado
- D) Recoméndase realizar estudo electrofisiolóxico nos pacientes asintomáticos con SQTL para estratificar o risco e valorar a necesidade de implante de desfibrilador

**79. Indica a CORRECTA en canto á práctica deportiva e pacientes con cardiopatía:**

- A) En relación coa cardiomiopatía hipertrófica, está contraindicado o exercicio de alta intensidade e de competición en pacientes con xenotipo positivo/fenotipo negativo
- B) Débese restrinxir os deportes de impacto directo en portadores de DAI
- C) Pódese reanudar o deporte de competición nos pacientes portadores de DAI con síndrome de QT longo e antecedentes de parada cardíaca ou síncope arritmico
- D) Non se recomenda a volta ao deporte de competición en pacientes portadores de DAI con síndrome de Brugada, sen recorrencia de arritmias en seguimento a 3 meses

**80. Segundo a Guía ESC 2021 sobre a prevención da enfermidade cardiovascular, cal das seguintes probas ten máis valor como modificadora do risco na práctica clínica?**

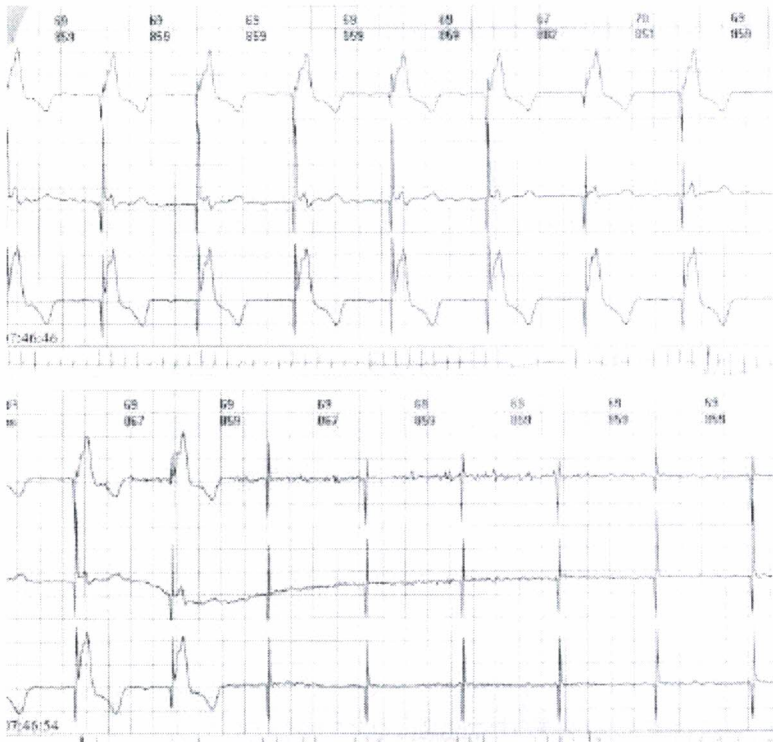
- A) Biomarcadores en sangue
- B) Ecografía carotídea
- C) Ecografía femoral
- D) Puntuacións de risco xenéticas

**81. Un dos seguintes datos suxire o diagnóstico de SÍNCOPE POR HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA:**

- A) Durante a comida
- B) Presenza de Párkinson
- C) Durante o exercicio
- D) Xiros da cabeza

**82. A estenose aórtica de baixo fluxo, baixo gradiente e fracción de exección do ventrículo esquerdo conservada atoparémola nas seguintes circunstancias, EXCEPTO:**

- A) Insuficiencia tricúspide severa
- B) Comunicación interventricular grande
- C) Anemia
- D) Anciáns hipertensos con ventrículo esquerdo pequeno e hipertrofia ventricular significativa



**83. Muller de 75 anos, hipertensa, diabética, portadora de marcapasos unicameral VVIR por FA bloqueada, ingresada en planta de neuroloxía por sospeita de crises epilépticas por episodios de desconexión do medio con convulsións tónico-clónicas. Durante o ingreso realízase Holter-ECG con achado que se mostra na imaxe. Que debemos facer?**

- A) Continuar cos estudos solicitados por neuroloxía, xa que o máis probable é unha desconexión dos eléctrodos de monitorización ECG porque a paciente presenta episodios de axitación no ingreso
- B) Revisar o marcapasos para axustar o sensado ventricular, por sospeita de inhibición do marcapasos
- C) Revisar o marcapasos porque se trata dun déficit de captura do ventrículo e debemos descartar disfunción ou dislocación do eléctrodo
- D) Revisar o marcapasos porque se trata dun déficit de captura do ventrículo por subida de limiar que sempre se soluciona con aumento da saída ventricular, sen necesidade de máis intervencións

**84. Muller de 68 anos con antecedentes con miocardiopatía dilatada de etiología non isquémica con FEVI 30%. Presenta cifras de presión arterial de 130/80 mmHg. Analítica: creatinina 1,0 mg/ dl, potasio 4 mEq/l. ECG: RS a 70 lpm, bloqueo de rama esquerda do His (QRS 140 ms). Recibe tratamento con: Bisoprolol 5 mg cada 12 horas, Ramipril 5 mg cada 24 h. Empagliflozina 10 mg cada 24 h e Espironolactona 25 mg cada 24 h. Permanece en clase funcional NYHA II. Cal das seguintes estratexias de tratamento ten un maior grao de indicación?**

- A) Engadir ivabradina
- B) Implantar un TRC-D
- C) Substituír ramipril por sacubitrilo-valsartan
- D) Implantar un DAI

**85. Cal dos seguintes pacientes se clasificaría como de Síndrome Cardiorrenal tipo 1?**

- A) Paciente de 69 anos, hipertenso e diabético, cun infarto de miocardio previo hai 15 anos, con cifras de creatinina basales de 2,3 mg/dl (ClCr 22 ml/min) que ao engadir furosemida para a súa hipertensión arterial, sofre unha deterioración da súa función renal
- B) Paciente de 48 anos, ingresado en Nefroloxía por unha glomerulonefrite aguda, que desencadea episodio de insuficiencia cardíaca conxestiva aguda
- C) Paciente de 57 anos, hipertenso e diabético, sen complicacións previas, que ingresa por un infarto agudo de miocardio anterior killip IV, que nas seguintes 24 horas provoca unha situación de oligoanuria
- D) Paciente de 68 anos, adicto a drogas por vía parenteral, sen complicacións coñecidas previas, que ingresa por sepsis por Staphylococcus Aureus e desenvolve insuficiencia cardíaca por endocardite e glomerulonefrite aguda

**86. Na avaliación con probas non invasivas de pacientes con cardiopatía isquémica crónica, segundo as guías da ESC 2018, que criterio se considera como de alto risco de eventos adversos?**

- A) RMN cardíaca de estrés con 2 ou máis de 16 segmentos con defectos de perfusión
- B) Ecocardiograma de estrés con 2 ou máis de 16 segmentos nos que se observe indución de hipocinesia ou acinesia
- C) SPECT cun área de isquemia maior ou igual ao 5%
- D) TAC coronario con estenoses proximais severas de coronaria dereita e circunflexa

**87. Cal dos seguintes pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVE menor ao 35% ten maior indicación para implante de terapia de resincronización cardíaca (TRC) segundo as guías ESC 2021 de insuficiencia cardíaca?**

- A) Paciente en ritmo sinusal, QRS 160 ms con morfoloxía de bloqueo de rama esquerda, sintomático a pesar do tratamento médico óptimo
- B) Paciente portador de marcapasos ou DAI que sofre empeoramento da insuficiencia cardíaca a pesar de tratamento óptimo e con alta porcentaxe de estimulación
- C) Paciente sintomático en ritmo sinusal con QRS 170 ms con morfoloxía de bloqueo de rama dereita, sintomático a pesar do tratamento óptimo
- D) Todos estes pacientes teñen o mesmo nivel de indicación

**88. Cal das seguintes NON é unha característica de risco elevado na pericarditis aguda:**

- A) Derrame pericárdico severo
- B) Fracaso do tratamento con AAS ou AINE
- C) Miopericardite
- D) Inicio subagudo

**89. Segundo as guías da ESC 2023 para o manexo da síndrome coronaria aguda en pacientes con cancro, sinala que opción non se recomenda (clase III):**

- A) Uso de Aspirina e cifra de plaquetas de 18.000/ $\mu$ L
- B) Uso de Clopidogrel e cifra de plaquetas 27.000/ $\mu$ L
- C) Uso de Ticagrelor e cifra de plaquetas de 72.000/ $\mu$ L
- D) Uso de Prasugrel e cifra de plaquetas de 61.000/ $\mu$ L

**90. Indica a opción FALSA nas seguintes indicacións de estimulación cardíaca:**

- A) Os marcapasos sen cables deberían considerarse unha alternativa aos marcapasos transvenosos en pacientes con infección previa de bolsa de marcapasos e en pacientes en hemodiálise
- B) Está indicado o implante de marcapasos bicameral en pacientes maiores de 40 anos con síncope reflexo severo, recorrente, impredecible con pausas maiores de 3 segundos no tilt-test
- C) Recoméndase implante de marcapasos definitivo en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) e bloqueo auriculoventricular (BAV) completo ou de alto grao que non se resolve tras un período de 5 días tras o infarto
- D) Recoméndase implantar un sistema de estimulación cardíaca fisiolóxica en todos os pacientes con función conservada nos que se espera unha estimulación substancial para reducir o risco de miocardiopatía inducida por estimulación

**91. Indica a CORRECTA con respecto á amiloidose cardíaca:**

- A) É necesaria a confirmación histolóxica (cardíaca/extracardíaca) para o diagnóstico da amiloidose cardíaca por transtiretina (ATTR)
- B) Recoméndase test xenético TTR en todos os pacientes con cardiomiopatía amiloide TTR, independentemente da idade
- C) En pacientes con aumento do grosor da parede do ventrículo esquerdo, son datos suxestivos de amiloidose: disfunción autonómica, síndrome do túnel carpiano bilateral, realce tardío de gadolinio subepicárdico ou transmural, strain circunferencial reducido con "apical sparing"...
- D) A amiloidose cardíaca por cadeas lixeiras de amiloide (AL) asóciase cunha máis rápida progresión de insuficiencia cardíaca e peor prognóstico que ATTR, por iso, indícase o inicio precoz de tratamento con tafamidis na amiloidose cardíaca AL

**92. Das seguintes opcións, son todas contraindicacións absolutas para tratamento trombolítico AGÁS:**

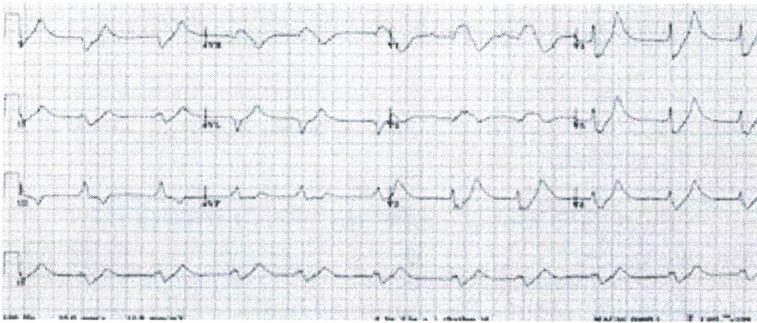
- A) Infarto cerebral isquémico nos 6 meses previos
- B) Biopsia hepática nas últimas 24 horas
- C) Sangrado gastrointestinal no mes previo
- D) Úlcera péptica activa

**93. Muller de 66 anos, TA 150/80 mmHg, FC 70 lpm, Colesterol-LDL 120 mg/dl, Glucemia basal 116 mg/dl, HbA1c 6.5%, Taxa de filtrado glomerular 60 ml/min. Ingreso recente por IAMSEST sometida a intervencionismo coronario. Cal é o obxectivo terapéutico de colesterol -LDL?**

- A) 100 mg/dl
- B) 70 mg/dl
- C) 55 mg/dl
- D) Depende das táboas SCORE 2

94. Segundo as guías da ESC 2022 de valoración e manexo cardiovascular de pacientes sometidos a cirurxía non cardíaca, indica a resposta CORRECTA:

- A) A cirurxía de mama considérase de alto risco cirúrxico
- B) Pacientes con idade menor de 65 anos sen signos, síntomas, historia de enfermidade cardiovascular nin factores de risco cardiovascular NON se debe considerar realizar ECG nin biomarcadores antes de cirurxía de alto risco
- C) Recoméndase realizar ecocardiograma en pacientes que se van a someter a cirurxía de alto risco e que presentan un sopro suxestivo de patoloxía significativa, aínda que estean asintomáticos
- D) A ergometría convencional non ten ningún valor na valoración preoperatoria



95. Home de 82 anos hipertenso con antecedente de cirrose hepática en tratamento con espironolactona. Consulta en urxencias por cadro de debilidade xeneralizada con deshidratación no contexto de gastroenterite. Á vista do ECG realizado (imaxe adxunta), cal é o diagnóstico máis probable?

- A) Hiperpotasemia
- B) Infarto agudo de miocardio con elevación do ST inferior
- C) Hipopotasemia
- D) Hipomagnesemia

96. Dos seguintes fármacos, cal NON se asocia a fenómenos de vasoespasmo coronario?:

- A) 5-Fluorouracilo
- B) Metotrexato
- C) Paclitaxel
- D) Ciclofosfamida

97. Cal dos seguintes parámetros lipídicos tense en conta nas táboas de risco SCORE2/SCORE2-OP para o cálculo do risco cardiovascular?

- A) Colesterol HDL
- B) Colesterol non HDL
- C) Colesterol LDL
- D) Apolipoproteína B

98. Respecto á definición de estenose aórtica de baixo fluxo, baixo gradiente con fracción de exección reducida, sinale cal das seguintes é FALSA:

- A) Área valvular aórtica menor de 1.0 cm<sup>2</sup>
- B) Volume latexo indexado menor ou igual a 35 ml/m<sup>2</sup>
- C) Fracción de exección de ventrículo esquerdo menor de 40%
- D) Gradiente medio menor de 40mmHg

99. Para a diagnose do hematoma intramural aórtico requírese un engrosamento da parede maior a:

- A) 4 mm
- B) 3 mm
- C) 5 mm
- D) 8 mm

100. Na disección de aorta, cal destas características é típica da luz verdadeira e non da luz falsa?:

- A) Menor tamaño
- B) Expansión diastólica
- C) Fluxo retrógrado
- D) Fluxo do contraste atrasado e lento

#### Preguntas de reserva

1. Cal das seguintes afirmacións sobre o tratamento con diuréticos de asa na insuficiencia cardíaca con fracción de exacción reducida é FALSA?

- A) Están recomendados para mellorar a capacidade de exercicio, reducir as hospitalizacións e reducir a mortalidade
- B) Os diuréticos de asa producen unha diurese máis intensa e curta que as tiacidas
- C) A combinación de diuréticos de asa e tiacidas pode empregarse para tratar a resistencia a diuréticos
- D) Débense empregar á dose máis baixa posible para manter a euvolemia

2. Respecto ao tratamento da insuficiencia cardíaca aguda segundo a Guía ESC 2021 sobre o diagnóstico e tratamento da insuficiencia cardíaca. Cal é a resposta CORRECTA?:

- A) Débese administrar osíxeno a todos os pacientes independentemente da existencia ou non de hipoxemia
- B) A administración de inotrópicos pódese considerar en pacientes hipotensos independentemente do estado de perfusión tisular
- C) Recoméndase a profilaxe de tromboembolias (por exemplo con heparinas de baixo peso molecular) para os pacientes que non estean anticoagulados nin teñan contraindicación para a anticoagulación
- D) Débese administrar un vasodilatador endovenoso se a presión arterial está por baixo de 90 mmHg

3. No manexo inicial dos pacientes con síndrome coronaria aguda, sinale a opción CORRECTA segundo as guías da ESC 2023:

- A) No primeiro contacto médico do paciente debería realizarse un ECG nos primeiros 15 minutos
- B) Recoméndase a administración de osíxeno a tódolos pacientes
- C) Non se recomenda a administración de nitroglicerina en pacientes con taquicardia marcada
- D) Recoméndase o pretratamento con inhibidores do receptor plaquetario P2Y12 (antes da angiografía)

4. Paciente de 52 anos, con antecedentes de hipertensión ingresado tras SCA con elevación ST inferior evolucionado (non reperfundido por contacto tardío con sistema sanitario). No segundo día de ingreso mentres se atopa dambulando pola planta, presenta de forma brusca dor torácica intensa. Refire que a dor é similar ao que tivo previamente pero de carácter lacerante, o paciente está moi nervioso e con sensación de morte inminente. Poucos minutos despois do inicio dos síntomas presenta síncope con hipotensión severa e ingurxitación venosa xugular na exploración física. Cal é o diagnóstico máis probable?:

- A) Rotura de músculo papilar de válvula mitral
- B) Reinfarto con choque cardioxénico por afectación de ventrículo dereito
- C) Rotura de parede libre
- D) Comunicación interventricular postinfarto

5. Cal das seguintes afirmacións en relación co ácido bempedoico é FALSA?

- A) En pacientes con intolerancia a estatinas demostrou unha redución significativa de eventos cardiovasculares maiores
- B) A encima activadora do profármaco está presente no músculo esquelético polo que pode producir mialxias
- C) Cando se administra xunto con simvastatina aumenta os niveis desta última
- D) En pacientes a tratamento con estatinas e/ou ezetimiba ten un efecto redutor de colesterol LDL adicional a estes fármacos

6. En relación ao sacubitrilo–valsartan en pacientes con insuficiencia cardíaca e fracción de exección reducida, cal das respostas considera FALSA?:

- A) É necesario un período de lavado tras a toma dun ARA II de polo menos 36 horas antes de inicialo
- B) A hipotensión pode ser un efecto secundario frecuente
- C) Pode producir hiperpotasemia
- D) Pódese considerar o inicio en pacientes hospitalizados que non tomaban IECA ou ARA II previamente

7. Cal dos seguintes fármacos NON ten indicación no tratamento da insuficiencia cardíaca con fracción de exección reducida?

- A) Carvedilol
- B) Digoxina
- C) Diltiazem
- D) Dapagliflozina

8. Sinale a FALSA en relación a pacientes con cardiopatía conxénita e hipertensión arterial pulmonar segundo as guías da ESC 2020:

- A) A cianose nun paciente con cardiopatía conxénita está asociada á existencia de hipertensión arterial pulmonar, aínda que pode existir hipertensión arterial pulmonar sen cianose
- B) Desaconséllase o embarazo
- C) En pacientes con situación de Eisenmerger recoméndase o tratamento con osíxeno só nos casos nos que mellora a saturación de osíxeno e os síntomas
- D) En situación de Eisenmerger non se recomenda a flebotomía se non existen síntomas asociados a hiperviscosidade

**9. Cal dos seguintes achados na derivación avR NON está incluído nos criterios de Vereckei para o diagnóstico de taquicardia ventricular?**

- A) Onda T negativa
- B) Presenza de onda R inicial
- C) Ancho de onda R inicial ou da onda Q maior de 40 ms
- D) Muesca ou melladura na porción inicial descendente dun complexo QRS predominantemente negativo

**10. Segundo as guías da ESC 2023, en pacientes con diagnóstico de SCA sen elevación de ST, sinal cal NON se considera un criterio de alto risco que recomendaría en por si unha estratexia invasiva precoz (menos de 24 horas):**

- A) Elevación significativa de troponinas
- B) Antecedentes de infarto con fracción de exacción cronicamente reducida
- C) Aparición de ondas T negativas no ECG
- D) GRACE score maior a 140