

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 sumararán **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. - En caso de erro tipográfico ou de transcripción entre o texto editado en galego e o editado en castelán, do cuestionario bilingüe, prevalece este último aos únicos efectos da súa comprensión lóxica, sen prexuízo das aclaracións vinculantes que de viva voz poida advertir o tribunal durante a realización desta proba. Así mesmo, algúns termos técnicos, neoloxismos ou outras expresións de difícil correspondencia na tradución, poderán expresarse de maneira unívoca.

9. - 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.

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

EXAME EN GALEGO

1. No manexo dos lípidos tras unha síndrome coronaria aguda é INCORRECTO:

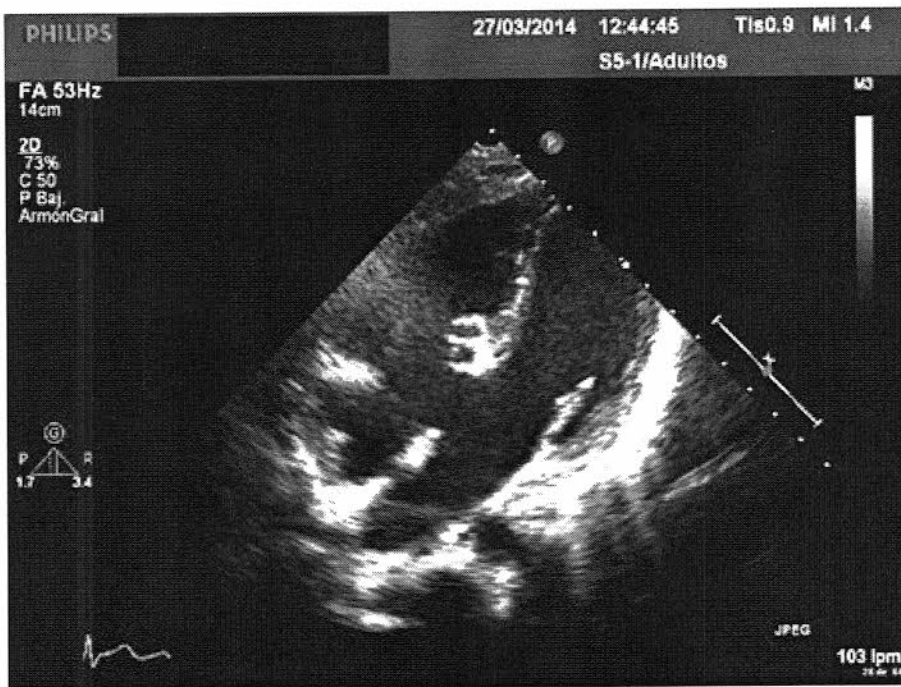
- A) Recoméndase a instauración de tratamento con estatinas a doses altas nos primeiros 1–4 días de hospitalización pola síndrome coronaria aguda índice.
- B) En pacientes maiores ou en presenza de afectación hepática ou renal pode considerarse un tratamento con estatinas menos intensivo.
- C) Naquelas estatinas que aumentan o risco de diabetes mellitus tipo 2, este é independente da dose.
- D) Os lípidos deben ser reavaliados ás 4–6 semanas da síndrome coronaria aguda e se é preciso axustar a dose de estatinas.

2. Segundo as guías ESC 2016 sobre prevención de enfermidade cardiovascular na práctica clínica, sinala cal é a resposta INCORRECTA acerca das intervencións sobre o hábito de fumar:

- A) Deixar de fumar despois dun infarto de miocardio sería a máis eficaz de todas as medidas preventivas.
- B) A estratexia máis eficaz son as intervencións breves con recomendación de abandonar o consumo de tabaco, en combinación con asistencia con tratamento farmacolóxico e seguimento de apoio.
- C) Todas as formas de terapia de substitución de nicotina son eficaces.
- D) O número de persoas que deixan de fumar con bupropión é maior que con varenicilina.

3. Respecto ao beneficio clínico da resincronización cardíaca, cal das seguintes frases é FALSA?

- A) O beneficio é maior canto máis ancho sexa o QRS.
- B) O beneficio é maior cando a morfoloxía do QRS é de bloqueo de rama esquerda (BRE) que se presenta outras morfoloxías.
- C) O beneficio é maior en homes que en mulleres.
- D) O beneficio é maior en miocardiopatía non isquémica que en miocardiopatía isquémica.



4. Recibes unha chamada de pediatría para realizar un ecocardiograma a un lactante con síndrome de Down, que presenta fatiga durante as tomas de alimento e estancamento da curva ponderal. Na proxección apical de 4 cámaras en diástole, obtés a imaxe anterior. A que cardiopatía conxénita se corresponde con MAIOR probabilidade?:

- A) Ventrículo único.
- B) Enfermidade de Ebstein.
- C) Ductus arterioso persistente.
- D) Canal aurículo-ventricular.

5. Na valoración ecográfica dun paciente con Insuficiencia Aórtica, cal dos seguintes parámetros NON iría a favor de que a insuficiencia fose severa?:

- A) Índice de desaceleración do jet (tempo de hemipresión) maior de 500 ms.
- B) Anchura do jet maior ou igual ao 65% da anchura do tracto de saída do ventrículo esquerdo.
- C) Vea contracta maior de 0.6 cm.
- D) Volume rexurxitante maior ou igual a 60 ml.

6. En pacientes con parada cardiorrespiratoria por FV ou TV sen pulso persistente ou recorrente a pesar de cardioversión eléctrica tras adrenalina, cal é o fármaco antiarrítmico de elección para conseguir a estabilidade eléctrica?

- A) Lidocaina se se sospeita un infarto transmural.
- B) Amiodarona.
- C) Sulfato de magnesio.
- D) Non está indicado ningún fármaco antiarrítmico.

7. En canto ás recomendacións que establecen as Guías ESC/EAS 2016 sobre a monitoraxe de lípidos, encimas hepáticas e musculares dos pacientes que reciben tratamento hipolipemiante sinala a FALSA:

- A) Unha vez alcanzado o obxectivo de lípidos óptimo debe determinarse o perfil lipídico de maneira semestral.
- B) Aconséllase determinar as encimas hepáticas ás 8–12 semanas de iniciar o tratamento ou aumentar a dose.
- C) Non é necesario monitorar sistematicamente a CPK. Aconséllase medir o seu nivel plasmático se o paciente sofre mialxias.
- D) Se o valor das encimas hepáticas é maior ou igual a tres veces o límite superior da normalidade debe interromperse o tratamento hipolipemiante ou reducir a dose e reavaliar as encimas hepáticas nas seguintes 4–6 semanas.

8. Con respecto ao defecto septal auricular (DSA), sinala a FALSA:

- A) Os pacientes con shunt relevante (signos de sobrecarga de volume do VD) e RVP menor a 5UW deberían ser sometidos ao peche do DSA con independencia dos síntomas (indicación clase IB).
- B) O pechamento con dispositivo é o método de elección para o peche do defecto septal auricular tipo ostium secundum sempre que sexa posible (indicación clase IC).
- C) O DSA non intervido ten un risco elevado de desenvolvemento de enfermidade vascular pulmonar grave por hiperfluxe.
- D) Tódolos DSA, con independencia do tamaño, nos pacientes con sospeita de embolia paradóxica (exclusión de outras causas) deberían ser considerados para a intervención (clase IIaC).

9. Paciente home de 50 anos que esbarrela en vía pública e está inconsciente, non se lle palpa pulso e presenta respiración anormal. As recomendacións seguintes son todas correctas excepto unha:

- A) Débese avisar aos servizos de emerxencia sanitaria e iniciar manobras de resucitación cardiopulmonar unicamente se cesa a actividade respiratoria.
- B) Recoméndase iniciar canto antes compresións torácicas externas a unha frecuencia aproximada de 100–120 compresións por minuto.
- C) Recoméndase iniciar canto antes compresións torácicas externas cunha profundidade aproximada de 5 cms.
- D) Débese iniciar canto antes reanimación cardiopulmonar con compresións torácicas externas e ventilación cun ritmo de 30 compresións/2 ventilacións.

10. Sinala a CERTA en relación ao aneurisma de aorta torácico:

- A) O diagnóstico realízase na maioría dos casos tras consultar por dor torácica.
- B) Os pacientes con aneurisma de aorta non teñen un risco cardiovascular aumentado, máis alá do propio aneurisma.
- C) A indicación quirúrxica establécese principalmente en base ao diámetro do aneurisma.
- D) Recoméndase cirurxía en tódolos pacientes con aorta bicúspide e aneurisma de aorta ascendente maior ou igual a 50 mm.

11. Sinale a resposta CORRECTA en relación coa valvulopatía tricuspídea:

- A) A estenose tricuspídea é unha valvulopatía frecuente.
- B) En pacientes con insuficiencia tricúspide secundaria e dilatación anular que van ser sometidos a cirurxía por valvulopatía esquerda, débese de considerar a cirurxía tricuspídea se o grao de insuficiencia é polo menos moderado.
- C) A estenose tricúspide considérase clinicamente significativa cando, a unha frecuencia cardíaca normal, o gradiente medio é maior ou igual a 10 mmHg.
- D) Na insuficiencia tricúspide primaria severa, débese considerar a cirurxía en pacientes asintomáticos, se existe progresiva dilatación ou disfunción de VD.

12. Home de 56 anos, HTA, DM tipo 2 e dislipémico, con antecedente de IAM inferior no ano 2000 (fibrinólise) presentando FEVI ao alta 45%. Desde entón recibe tratamento con ramipril 2,5mg/24h, bisoprolol 5mg/24h, metformina 850mg/12h e atorvastatina 20mg/24h. Refire empeoramento no último ano con disnea grao II e ortopnea de 2 almofadas. Á exploración destacan crepitantes húmidos en bases pulmonares, TA 139/86 mmHg e FC 94 lpm. Realízase ecocardiograma (FEVI 30% a expensas de acinesia inferior medio-basal e hipocinesia do resto), analítica (Creatinina 1,1 mg/dl, K 4,1 mEq/L e NT-proBNP 2.340 pg/ml) e ECG (RS 92 lpm, BRIHH e QRS 170 mseg). Que actitude terapéutica é máis CORRECTA neste momento?

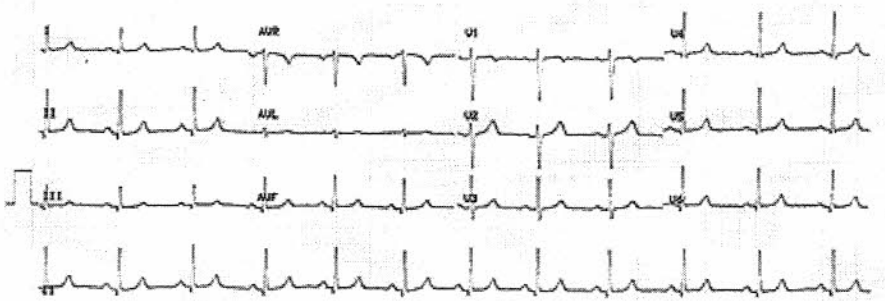
- A) Expor o implante de terapia de resincronización cardíaca.
- B) Intensificar tratamento diurético e, en canto a situación clínica o permita titular IECA e betabloqueante a dose máxima tolerable.
- C) Intensificar tratamento diurético e substituír o IECA por dose media de sacubitril/valsartán.
- D) Retirar betabloqueante e engadir Ivabradina.

13. Nun paciente con marcapasos (MP) permanente que precisa realizar unha Resonancia Nuclear Magnética (RNM) e non se poden utilizar outros métodos de diagnóstico por imaxe alternativos, cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) Está totalmente contraindicada en sistemas non compatibles con RNM implantados nas últimas seis semanas.
- B) Está totalmente contraindicada en pacientes con eléctrodos encapsulados (non funcionantes) ou epicárdicos.
- C) Está totalmente contraindicada en pacientes con sistemas de MP non compatibles con RNM.
- D) A realización de RNM en pacientes con sistemas de MP compatibles con RNM require dunha reprogramación previa ao procedemento.

14. Home de 67 anos, hipertenso, dislipémico e portador de stent convencional en arteria descendente anterior desde 2007 por anxina de esforzo grao III. En xullo-16 requiriu ingreso por IAM non Q. En coronariografía observouse reestenose intrastent, implantándose stent farmacoactivo con éxito. Presentou intolerancia a simvastatina e atorvastatina por mialxias. Recibe tratamento con rosuvastatina 40 mg e ezetimibe 10 mg ao día desde fai 1 ano. Achega o seguinte control analítico: Colesterol Total 207 mg/dl, LDL-c 108 mg/dl, HDL-c 30 mg/dl, Triglicéridos 144 mg/dl, CPK 140 U/l, GOT 45 U/L, GPT 52 U/L, GGT 58 U/L. Cal é a actitude terapéutica máis razoable en relación ao tratamento hipolipemiante?

- A) Incrementar a dose de ezetimibe a 20 mg/día.
- B) Substituír rosuvastatina e ezetimibe por un inhibidor da convertasa de proteínas subtilisina/kexina 9 (PCSK-9) xa que o control de LDL-colesterol é subóptimo e presenta elevación de transaminasas.
- C) Considerar a asociación dun inhibidor da convertasa de proteínas subtilisina/kexina 9 (PCSK-9) ao tratamento que recibe o paciente.
- D) Non require ningunha intervención no tratamento hipolipemiante.



15. Recibe unha teleconsulta na que lle solicitan valoración por unha sospeita de Insuficiencia Cardíaca (IC): "Home de 48 anos que refire disnea de moderados esforzos de aproximadamente 6 meses de evolución, ortopnea de dúas almofadas e edema leve en membros inferiores a última hora do día que desaparece co decúbito". Xúntase un rexistro electrocardiográfico (ver imaxe anterior) e unha analítica recente (Hemoglobina 15,6 g/dl, NT-proBNP 68 pg/ml, Creatinina 1,2 mg/dl, Na 140 mEq/L e K 4,7 mEq/L). Cal lle parece a actitude máis CORRECTA?:

- A) É improbable que o paciente teña IC e, por tanto, deben considerarse outras hipóteses diagnósticas en primeiro lugar.
- B) Existe unha alta sospeita de IC, polo que debe realizarse un ecocardiograma para confirmar o diagnóstico.
- C) O paciente presenta síntomas suxestivos de IC e NT-proBNP > 35 pg/ml. É altamente probable que presente IC, polo que debe iniciarse tratamento diurético, neurohormonal e derivarse á consulta de cardiología.
- D) Ningunha das respostas anteriores é correcta.

16. Na elección do tratamento da Estenose Aórtica severa sintomática, cal dos seguintes factores iría a favor de cirurxía de recambio valvular fronte a TAVI?:

- A) STS/EuroSCORE II maior ou igual al 4%.
- B) Idade maior ou igual a 75 anos.
- C) Válvula aórtica bicúspide.
- D) Paciente con mobilidade reducida.

17. Na Insuficiencia Mitral (IM) primaria crónica. En cal dos seguintes casos a intervención ten maior nivel de evidencia segundo as guías ESC/EACTS 2017 para o manexo da enfermidade valvular?:

- A) Cirurxía valvular en paciente asintomático con IM severa, fracción de exección de ventrículo esquerdo 65%, diámetro telesistólico de ventrículo esquerdo 35mm e fibrilación auricular de recente aparición secundaria á IM.
- B) Cirurxía valvular en paciente asintomático con IM severa, fracción de exección de ventrículo esquerdo 65%, diámetro telesistólico de ventrículo esquerdo 35mm e PsAP en repouso 55mmHg.
- C) Cirurxía valvular en paciente con IM severa, grao funcional III da NYHA e fracción de exección de ventrículo esquerdo 35%.
- D) Procedemento percutáneo "bordo con bordo", en paciente sintomático con IM severa e alto risco cirúrxico, que cumpre os criterios ecográficos de elixibilidade.

18. Con respecto ao acceso vascular en relación cun estudo hemodinámico, sinale cal das seguintes é

CORRECTA:

- A) A cirurxía previa con bypass aortobifemoral é unha contraindicación absoluta para o acceso transfemoral.
- B) As complicacións vasculares no acceso por vía transfemoral é máis probable en persoas de maior idade, homes e estatura baixa.
- C) O impacto clínico dos sangrados non relacionados co sitio de punción, é maior que o dos relacionados co sitio de punción.
- D) No acceso transradial esquerdo a radiación sobre o operador e o paciente é maior.

19. Paciente de 53 anos con dor torácica de menos dunha hora e ECG con elevación de ST de 4 mm en cara anterior no que se estima unha demora para realizar angioplastia superior a 120 minutos. Decídese administrar fibrinólise. Cal das seguintes opcións é CORRECTA?

- A) O paciente debe transferirse a un centro intervencionista e realizar coronariografía inmediata para avaliar éxito da fibrinólise.
- B) O paciente debe ser transferido a centro intervencionista e só realizar coronariografía e angioplastia se a fibrinólise foi ineficaz.
- C) Se a fibrinólise é eficaz só está indicada a coronariografía e eventual intervencionismo coronario se o paciente presenta isquemia recorrente ou proba de provocación de isquemia positiva.
- D) Traslado inmediato a centro intervencionista con angioplastia inmediata se a fibrinólise foi errada e coronariografía en 2-24 hs se a fibrinólise foi eficaz.

20. En pacientes con clínica persistente e suxestiva de infarto agudo de miocardio (IAM) e ECG non diagnóstico cal das seguintes actitudes está máis recomendada realizar?

- A) Determinación de marcadores de dano miocárdico e se resultan positivos coronariografía urxente.
- B) TAC de arterias coronarias e se resulta positiva coronariografía urxente.
- C) Repetir ECG e só se resulta diagnóstico coronariografía urxente.
- D) Ecocardiograma transtorácico e se se detectan trastornos segmentarios coronariografía urxente.

21. Como aspecto novo, na Guía ESC para o diagnóstico e tratamento da insuficiencia cardíaca (IC), publicada en 2016, descríbense unha serie de intervencións encamiñadas a previr ou atrasar a aparición de insuficiencia cardíaca manifesta ou atrasar a morte antes da aparición dos síntomas. Sinale a INCORRECTA:

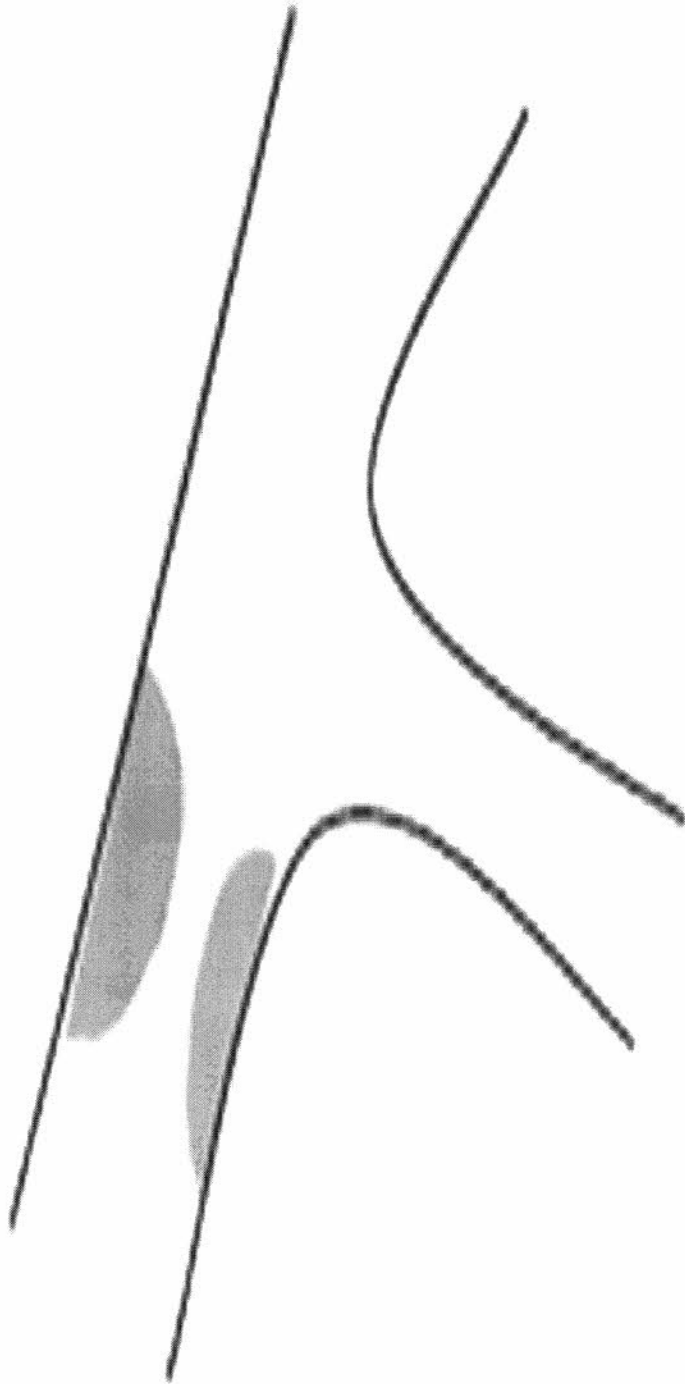
- A) Recoméndase o tratamento con IECA e betabloqueantes para pacientes con disfunción sistólica do VI asintomática e historia de infarto de miocardio para previr ou atrasar a aparición da IC e prolongar a vida.
- B) Recoméndase o tratamento con estatinas para pacientes con alto risco ou enfermidade coronaria confirmada, en presenza ou ausencia de disfunción sistólica do VI, a efectos de previr ou atrasar a aparición da IC e prolongar a vida.
- C) Débese considerar o tratamento con IECA para pacientes con enfermidade coronaria estable aínda que non teñan disfunción sistólica do VI para previr ou atrasar a aparición da IC.
- D) Recoméndase o tratamento con empagliflozina ou tiazolidinedionas para pacientes con diabetes de tipo 2 para previr ou atrasar a aparición da IC e prolongar a vida.

22. Sinale a opción CORRECTA sobre as complicacións da Endocardite Infecciosa:

- A) A indicación máis habitual de cirurxía é a infección incontrolada.
- B) Despois dun accidente cerebrovascular, débese considerar sen demora a cirurxía indicada para IC, infección incontrolada, absceso ou risco embólico persistentemente elevado, sempre que non haxa coma ou hemorraxia cerebral.
- C) As alteracións da condución son complicacións frecuentes da Endocarditis Infecciosa.
- D) O risco de embolia é maior nas vexetacións da válvula aórtica que nas da válvula mitral.

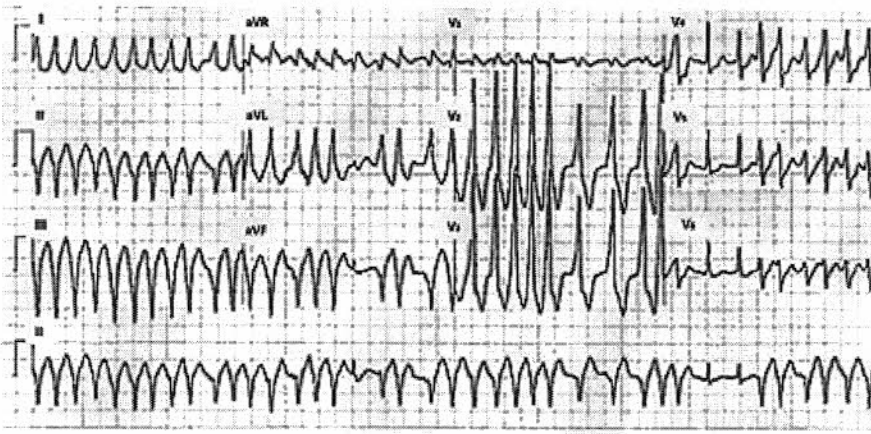
23. Paciente home de 63 anos sen antecedentes de interese e que non toma ningunha medicación que acode a revisión médica na súa empresa e detéctaselle HTA. Segundo as recomendacións do JNC-8. Cal das seguintes actitudes é CORRECTA?

- A) Se presenta TAS maior ou igual a 150 mmHg ou TAD maior ou igual a 90 mmHg débese iniciar tratamento farmacolóxico.
- B) O obxectivo é conseguir TAS menor a 140 mmHg e TAD menor a 90mmHg.
- C) Se tras iniciar tratamento farmacolóxico as cifras de TA son 110/80, está indicado axustar a dose do fármaco aínda que haxa boa tolerancia para previr hipotensión ortostática.
- D) Se o paciente desenvolve DM-II o obxectivo terapéutico é TAS menor a 130 mmHg e TAD menor a 80 mmHg.
.



24. Atendendo á clasificación de Medina para as lesións en bifurcación. Como se denominaría a lesión da imaxe anterior?

- A) 1-0-0.
- B) 0-0-1.
- C) 0-1-0.
- D) 1-0-1.



25. Acode a Urxencias un home de 26 anos por episodio de palpitations de aproximadamente unha hora de duraci3n. Refire antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz e está a seguimento por Unidade de saúde mental por síndrome ansiosa. Á súa chegada o paciente está consciente e a súa presión arterial é 98/60 mmHg. Nega disnea, dor torácica ou mareo. Non refire episodios previos similares. Realízase unha radiografía de tórax (normal) e un electrocardiograma (ver imaxe anterior). Cal é o diagnóstico máis probable?

- A) Fibrilación auricular con condución aberrante.
- B) Taquicardia paroxística supraventricular por reentrada intranodal.
- C) Taquicardia ventricular fascicular posterior.
- D) Fibrilación auricular nun paciente con síndrome de Wolf-Parkinson-White.

26. En relación á taquicardia reentrante nodal (TRN) ou taquicardia intranodal, sinala a resposta CORRECTA:

- A) A TRN ten un comportamento paroxístico (inicio e fin súbito) e ao redor do 70% dos pacientes que a presentan son mulleres.
- B) A ablación con catéter é altamente efectivo e o método preferido é a ablación con radiofrecuencia da vía lenta.
- C) O "signo da ra" e a poliuria asociada aos episodios de taquicardia son característicos, aínda que non específicos da TRN.
- D) Todas as afirmacións anteriores son correctas.

27. En cal dos seguintes pacientes NON estaría indicado o implante dun desfibrilador automático implantado (DAI)?

- A) Paciente con ICC de orixe isquémico e sen infarto previo en NYHA III e FEVI inferior ao 35% tras tres meses de tratamento médico óptimo.
- B) Paciente con ICC de orixe non isquémico en NYHA III e FEVI menor ao 35% tras tres meses de tratamento médico óptimo.
- C) Paciente con antecedente de IAM, FV en fase aguda do IAM e FE 30% débese implantar DAI antes do alta hospitalaria.
- D) Paciente con IAM hai 6 semanas que está en grao funcional I, sen antecedentes de eventos arrítmicos e presenta FEVI 30%.

28. Home de 82 anos, hipertenso e diabético ben controlado que en ECG rutineiro detéctase FA a 76 lpm. Realízase ecocardiograma que mostra FEVI normal, AI moderadamente dilatada e ausencia de valvulopatías significativas. En control analítico obsérvase hemograma normal e aclaramento de creatinina 62 mL/min/1,73 m². O paciente atópase asintomático (EHRA I). Expónselle o inicio dun antagonista da vitamina K, pero finalmente o paciente opta por custearse un inhibidor directo da trombina ("a súa esposa recibe este tratamento e está encantada"). A que tratamento fai referencia o paciente?

- A) Dabigatrán.
- B) Apixabán.
- C) Edoxabán.
- D) Rivaroxabán.

29. Respecto da epidemioloxía da cardiopatía isquémica cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) A mortalidade por cardiopatía isquémica está a descender en Europa.
- B) A incidencia de IAM con elevación de segmento ST está a descender en Europa.
- C) A incidencia de IAM sen elevación de segmento ST está a descender en Europa.
- D) A cardiopatía isquémica maniféstase uns 7-10 anos máis tarde en mulleres que en homes.

30. Segundo a Guía ESC 2016 sobre o diagnóstico e tratamento da Fibrilación Auricular (FA), en que grupo de pacientes NON se establece unha recomendación Clase I para o cribado da FA?

- A) Recoméndase o cribado sistemático mediante ECG para a detección de FA en pacientes maiores de 75 anos ou con alto risco de ACV.
- B) Recoméndase revisar regularmente o marcapasos ou DAI en busca de episodios de frecuencia auricular rápida.
- C) Para pacientes con AIT ou ACV isquémico, recoméndase o cribado de FA mediante ECG a curto prazo seguido de monitoraxe electrocardiográfica continua durante polo menos 72 horas.
- D) Recoméndase o cribado oportunista da FA mediante a palpación do pulso ou tiras de ritmo de ECG para pacientes maiores de 65 anos.

31. En cal dos seguintes pacientes NON está indicado realizar estudo de causas de HTA secundaria?

- A) Paciente xove (menor de 30 anos).
- B) HTA resistente.
- C) Hipopotasemia inexplicada.
- D) Lesión severa de órgano diana.

32. O índice nocello-brazo (INB) é un método non invasivo para avaliar a presenza de enfermidade arterial vascular periférica. En relación á mesma, sinale a FALSA:

- A) Compara a presión sistólica das arterias tibiais posteriores e pedias coas arterias braquiais.
- B) Valores próximos a cero indican que non existen diferenzas tensionais significativas e, por tanto, que non existe sospeita de enfermidade arterial periférica.
- C) Diversos estudos demostraron a elevada sensibilidade (superior ao 90%) do INB para a detección de estenoses arteriais significativas.
- D) Para a determinación do INB é necesario un equipo de ecografía doppler continuo e un esfingomanómetro.

33. Acode á consulta un paciente con diagnóstico de Insuficiencia Aórtica severa sintomática por deterioración de clase funcional e episodios de dor torácica anxinoso nocturno acompañado de diaforese. ¿Que signo NON esperarí atopar na exploración física?

- A) Exoftalmos pulsátil.
- B) Signo de Duroziez.
- C) Signo de Hill.
- D) Signo de Musset.

34. En pacientes con SCASEST nos que se prevé realizar coronariografía nas próximas 24–48 hs. o tratamento anticoagulante recomendado nas guías da Sociedade Europea de Cardiología é:

- A) Heparina non fraccionada i.v. ata a coronariografía.
- B) Heparina de baixo peso molecular s.c. ata a coronariografía.
- C) Fondaparinux ata a coronariografía.
- D) Bivalirudina ata a coronariografía.

35. Na Guía da ESC 2014 sobre o diagnóstico e manexo da MCH recoméndase o HCM–Risk–SCD como método de cálculo de risco de morte súbita (MS) a 5 anos para paciente de 16 ou máis anos sen historia de taquicardia ventricular/fibrilación ventricular resucitada ou taquicardia ventricular sostida espontánea causante de síncope ou deterioración hemodinámico (recomendación clase I). O HCM Risk–SCD emprega variables predictoras que se asociaron a un aumento do risco de MS. Indique cal das seguintes variables inclúense no modelo HCM Risk–SCD:

- A) Diámetro auricular esquerdo.
- B) Historia familiar de morte súbita.
- C) Idade.
- D) Todas as respostas son correctas.

36. Cal das seguintes orienta con maior frecuencia á síncope de orixe non cardioxénico?

- A) Síncope do esforzo.
- B) Síncope ao pasar de supino a bipedestación.
- C) Antecedentes familiares de morte súbita.
- D) Idade maior de 60 anos.

37. Paciente con anxina estable e baixo risco cirúrxico que presenta lesións coronarias abordables tanto por intervencionismo coronario como por cirurxía de revascularización coronaria. Cal das seguintes anatomías coronarias ten unha maior recomendación de revascularización coronaria mediante intervencionismo coronario que con cirurxía de revascularización coronaria?

- A) Lesión severa de tronco común esquerdo e syntax score baixo (menor ou igual a 22).
- B) Lesión severa de dous vasos con afectación de DA proximal.
- C) Lesión severa de dous vasos sen afectación de DA proximal.
- D) Enfermidade coronaria de tres vasos con syntax score baixo (menor ou igual a 22).

38. Sinale a FALSA respecto aos achados hemodinámicos agardados durante o estudo invasivo da pericardite constrictiva:

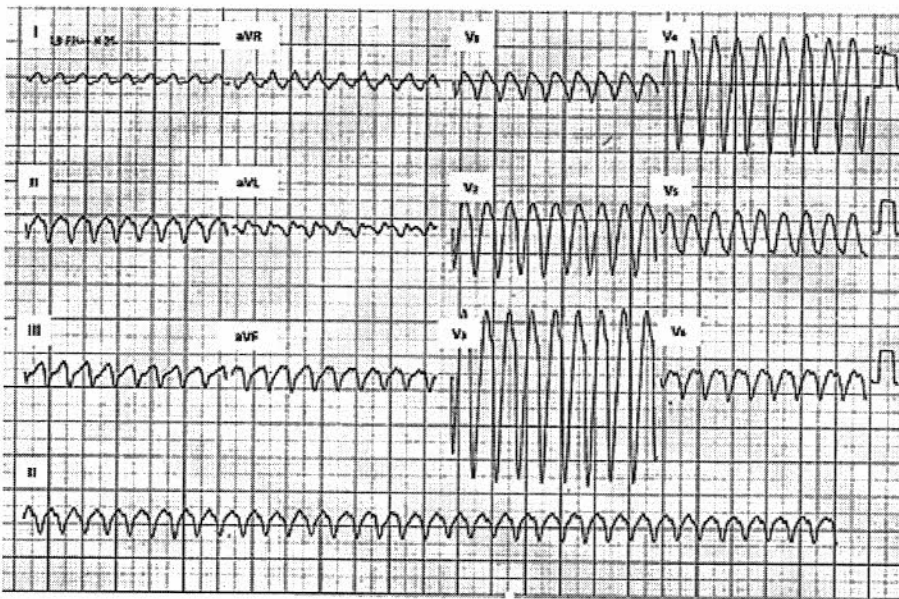
- A) Equiparación das presións telediastólicas de ventrículo esquerdo (VE) e ventrículo dereito (VD).
- B) Presión arterial sistólica menor a 55mmHg.
- C) Concordancia na subida e baixada das presións de VD e VE durante a respiración.
- D) Interdependencia entre VE e VD.

39. En relación coa síndrome do seo carotídeo, sinale a FALSA:

- A) Afecta típicamente a varóns maiores de 40 anos.
- B) En pacientes maiores de 80 anos e/ou enfermidade arterial periférica debe de realizarse un doppler de troncos supraórticos antes de realizar masaxe do seo carotídeo.
- C) A masaxe do seo carotideo debe realizarse baixo monitorización electrocardiográfica.
- D) O implante de marcapasos é unha alternativa terapéutica en pacientes seleccionados.

40. En cal dos seguintes casos NON se pode aplicar o algoritmo rule-in rule-out 0h/1h con determinación de troponinas cardíacas?

- A) Paciente con dor nos 60 minutos previos á presentación.
- B) Pacientes con insuficiencia renal crónica.
- C) Disponibilidade de test de troponina de alta sensibilidade con algoritmo validado para test rule-in rule-out 0h/1h.
- D) Paciente con alteracións basais no ECG.



41. Muller de 72 anos seguida por disfunción de ventrículo esquerdo de etiología non isquémica (FEVI estimada 27%), clase funcional NYHA II estable no último ano. Acode ao Servizo de Urxencias por palpitations e deterioración de clase funcional (actualmente disnea de pequeno esforzo e sensación de mareo). Á exploración física presenta TA 106/64 mmHg e crepitantes en ambas as bases pulmonares con elevación de presión venosa central. Realízase electrocardiograma (ver imaxe anterior) e interprétase como taquicardia ventricular rama – rama (TVRR). Síñale a CORRECTA:

- A) O diagnóstico de TVRR é pouco probable.
- B) Na TVRR clásica, o circuíto reentrante presenta condución anterógrada a través do fascículo esquerdo e condución retrógrada a través da rama dereita do feixe de His.
- C) Aínda que a TVRR relacionouse coa miocardiopatía dilatada, tamén pode presentarse noutros substratos como na distrofia miotónica ou pacientes sometidos a recambio valvular aórtico.
- D) Aínda que os resultados da ablación da TVRR a curto prazo son bos (taxa de supresión da taquicardia próximos ao 95%) a indución da TVRR mediante estimulación eléctrica programada é difícil.

42. Paciente con prótese valvular mecánica bidisco en posición aórtica. En cal dos seguintes procedementos electivos deberá suspenderse anticoagulación oral e realizar terapia ponte con heparina?

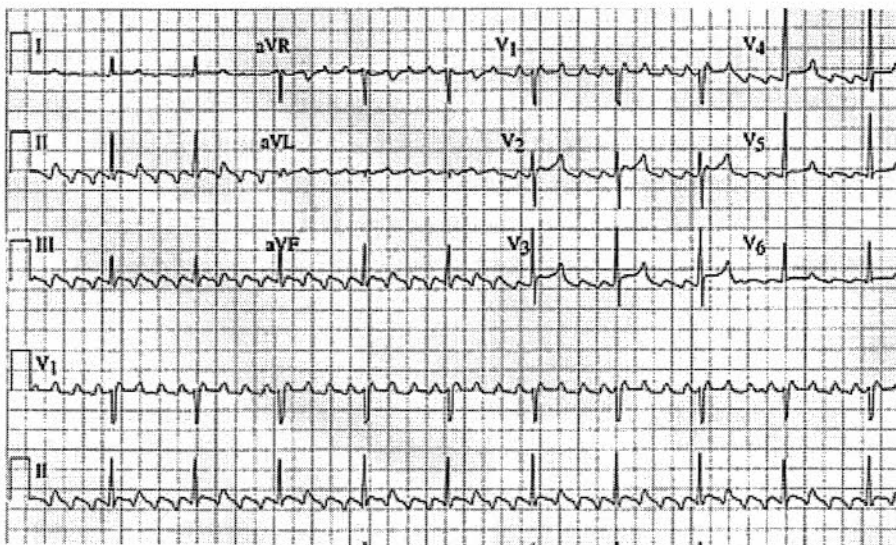
- A) Cirurxía de cataratas.
- B) Cateterismo diagnóstico.
- C) Extracción dental.
- D) Valvuloplastia mitral.

43. Cal dos seguintes trastornos NON aumenta o limiar de estimulación dun marcapasos?

- A) Hipercalcemia.
- B) Hiperpotasemia.
- C) Alcalose extrema.
- D) Acidose extrema.

44. Home de 66 anos con disfunción de VI severa etiología isquémica (IAM anterior extenso en 2011), portador de DAI e a tratamento neurohormonal a doses máximas. Presentou 3 ingresos hospitalarios no último ano por descompensación requirindo administración de aminos no último deles. En situación euvolémic realizase un ecocardiograma no que se observa disfunción biventricular severa (FEVI estimada 15%, TAPSE 8). Hai 1 mes realizouse consumo de osíxeno (VO2 pico 11 ml/kg/min). Contraindicase a inclusión en lista de espera de transplante cardíaco por proceso neoplásico recente (cancro de próstata Gleason VII). Existe algún factor polo que NON deba considerarse o implante dunha asistencia mecánica ventricular esquerda?

- A) VO2 pico 11 ml/kg/min.
- B) Proceso neoplásico recente.
- C) Disfunción ventricular dereita severa.
- D) Idade maior a 65 anos.



45. Muller de 78 anos remitida a consulta de cardiología tras detección de alteración electrocardiográfica (ver imaxe anterior). Entre os seus antecedentes persoais destaca HTA con control subóptimo e ictus en 2013 sen secuelas. En relación co diagnóstico e a estimación do risco tromboembólico, sinala a CORRECTA:

- A) Flutter auricular típico antihorario. CHA2DS2-vasc = 5.
- B) Flutter auricular típico reverso u horario. CHA2DS2-vasc = 6.
- C) Flutter auricular típico antihorario. CHA2DS2-vasc = 6.
- D) Fluter auricular atípico. CHA2DS2-vasc = 6.

46. En relación coa trombose de próteses valvulares esquerdas, indica a opción INCORRECTA:

- A) Débese sospeitar trombose valvular obstructiva en calquera paciente con calquera tipo de válvula protésica que se presenta con disnea recente ou un evento embólico.
- B) Nun paciente no que se demostra a existencia dun trombo obstructivo, estable clinicamente e que presenta un inadecuado nivel de anticoagulación nos controis recentes, a opción terapéutica máis adecuada é a fibrinolise.
- C) Nun paciente no que se demostra a existencia dun trombo obstructivo, en situación clinicamente crítica, recoméndase cirurxía de substitución valvular urxente ou emerxente, se esta está dispoñible e non hai contraindicacións.
- D) Nun paciente con trombose dunha bioprótese recoméndase anticoagulación con antagonistas da vitamina K e/ou heparina non fraccionada antes de considerar a reintervención.

47. En relación ao diagnóstico da a miocardiopatía arritmoxénica do ventrículo dereito (MAVD), sinala a resposta CORRECTA:

- A) A presenza de ondas épsilon é un criterio menor no esquema diagnóstico publicado pola International Task Force no ano 2010.
- B) Cando hai afección do ventrículo esquerdo pódense observar arritmias ventriculares cunha morfoloxía de bloqueo de rama esquerda do Feixe de His.
- C) A biopsia endomiocárdica pode non ser diagnóstica xa que ten certas limitacións: non proporciona unha mostra transmural (a enfermidade avanza desde o epicardio ao endocardio); as biopsias habitualmente tómanse do tabique interventricular que se ve afectado con menor frecuencia que outras rexións do ventrículo dereito.
- D) O patrón hereditario é predominantemente autosómico recesivo.

48. Atendendo ás Guías Europeas de manexo de valvulopatías do ano 2017. Cal dos seguintes non se considera un factor desfavorable para a realización dunha comisurotomía mitral percutánea como tratamento da estenose mitral?

- A) Cormier score 3.
- B) Clase funcional NYHA III.
- C) Fibrilación auricular permanente.
- D) Insuficiencia tricuspídea severa.



49. Muller de 58 anos, sen antecedentes de interese, que acode ao servizo de urxencias por episodio de palpitacións de dúas horas de evolución (ver imaxe anterior). Adminístrase adenosina en bolo endovenoso observando unha redución da FC, pero transcorrido o efecto do fármaco a taquicardia reaparece. Adminístrase bisoprolol e pouco a pouco a arritmia vaise enlentecendo. Ao cabo dunha hora reverte a ritmo sinusal. Cal lle parece o diagnóstico máis probable?

- A) Taquicardia intranodal non común ou atípica (reentrada "lenta-rápida").
- B) Taquicardia auricular unifocal.
- C) Fibrilación auricular.
- D) Ningunha das anteriores é correcta.

50. Paciente a tratamento crónico con acenocumarol por prótese valvular metálica aórtica que presenta SCASEST e é sometido a intervencionismo coronario con implante de stent liberador de fármacos. Ten baixo risco de hemorraxia (HAS-BLED: 1). O tratamento recomendado é:

- A) Acenocumarol + aspirina + clopidogrel 6 meses e logo acenocumarol + clopidogrel entre os meses 7-12.
- B) Acenocumarol + aspirina + clopidogrel 1 mes e logo acenocumarol + clopidogrel entre os meses 2-12.
- C) Acenocumarol + clopidogrel 12 meses.
- D) Acenocumarol + aspirina + clopidogrel 1 mes e Acenocumarol + aspirina entre os meses 2-12.

51. Cal é a resposta INCORRECTA no referente a Diabetes Mellitus (DM) e Enfermidade Cardiovascular?:

- A) No cribado da DM en pacientes con enfermidade cardiovascular, débese considerar a determinación de HbA_{1c} (posible non en xaxún) ou de glicosa en xaxún. Se segue habendo dúbidas pódese realizar unha proba de tolerancia oral á glicosa.
- B) O tratamento antiplaquetario está indicado nos pacientes diabéticos tanto con, como sen, enfermidade cardiovascular.
- C) Os obxectivos de HbA_{1c} deben de ser menos estritos, entre outros, en pacientes con enfermidade cardiovascular establecida.
- D) Débese considerar o uso precoz dun inhibidor do SGLT2 (cotransportador 2 de sodio-glicosa) para reducir a mortalidade cardiovascular e total, nos pacientes con DM2 e enfermidade cardiovascular.

52. Cal é a resposta FALSA no referente á Endocardite Infecciosa asociada a Dispositivos electrónicos Cardíacos implantables (EIDC)?:

- A) Recoméndase tratamento antibiótico prolongado (antes e despois da extracción) e unha extracción completa do sistema (dispositivos e eléctrodos) na EIDC confirmada, así como cando haxa unha presunta infección illada do reservorio.
- B) Débese considerar a extracción completa do sistema en presenza dunha infección oculta sen outra fonte aparente de infección.
- C) Pódese considerar a extracción completa do sistema en pacientes con endocardite sobre válvula nativa ou protésica, portadores dun dispositivo intracardiaco sen evidencia de infección asociada ao dispositivo.
- D) A embolia pulmonar séptica é unha complicación infrecuente da EIDC.

53. En relación ao diagnóstico da miocardiopatía hipertrófica (MCH) segundo a guía de práctica clínica da ESC 2014 sobre o diagnóstico e manexo da miocardiopatía hipertrófica, sinale a resposta CORRECTA:

- A) O diagnóstico de MCH en adultos baséase na demostración dun grosor da parede ventricular esquerda maior ou igual a 15 mm nun ou máis segmentos determinado por calquera técnica de imaxe (ecocardiografía, resonancia magnética cardíaca ou tomografía computarizada) que non pode explicarse unicamente por outra causa.
- B) A detección dunha mutación en xenes de proteínas sarcoméricas (MYBPC3 e MYH7 son as máis frecuentes) ou non sarcoméricas (5-10%) é necesario para confirmar o diagnóstico de MCH.
- C) Aínda que a presenza de disarray dos miocitos e a súa distribución homoxénea son dúas características específicas da MCH, a biopsia endomiocárdica non é parte do proceso diagnóstico habitual.
- D) As respostas A e C son correctas.

54. Cal das seguintes lesións en pacientes con anxia estable ten indicación de revascularización coronaria?

- A) Estenose anxiográfica do 50% en paciente con ecocardiograma de stress máximo e negativo para isquemia miocárdica.
- B) Estenose anxiográfica do 50% e FFR maior de 0,80.
- C) Estenose anxiográfica do 50% e área luminal de 7 mm² por IVUS.
- D) Estenose anxiográfica do 90% en paciente sen test de provocación de isquemia.

55. Cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA en canto ao tratamento da Estenose Aórtica severa?:

- A) Nun paciente asintomático con estenose aórtica severa e alto risco cirúrxico, a TAVI é unha opción recomendable.
- B) Nun paciente sintomático, se o gradiente medio é maior de 40 mmHg, practicamente non hai límite inferior de FEVI para a intervención, xa sexa cirurxía de recambio valvular ou TAVI.
- C) A valvuloplastia con balón pode considerarse como ponte á cirurxía/TAVI, ou como medio diagnóstico cando existan outras causas que poidan xustificar os síntomas.
- D) Nun paciente asintomático con estenose aórtica severa, unha elevación repetida dos niveis de BNP tres veces por encima do rango normal (axustados segundo sexo e idade) sen outra causa que os xustifique, débese considerar a cirurxía de recambio valvular.

56. Home de 58 anos con hábito enólico previo e tabaquismo activo, estudado por mareo inespecífico en xuño-17, realizándose Ecocardiograma (sen cardiopatía estrutural), Holter-24 horas (ritmo sinusal normal) e Eco-doppler de trancos supra-aórticos (estenose do 70% en arteria carótida interna esquerda). Na súa analítica destaca LDL-colesterol 96 mg/dl con función renal e HbA1c en rango da normalidade. Cal é a estratexia de intervención recomendada neste paciente segundo as Guías ESC/EAS 2016 sobre o tratamento das dislipemias?

- A) Non require intervención.
- B) Intervención en estilo de vida; considerar a necesidade de fármacos se non se controla.
- C) Intervención en estilo de vida e farmacolóxica concomitante.
- D) Ningunha das anteriores é correcta.

57. Cal dos seguintes fenómenos fisiopatolóxicos NON se asocia á disfunción endotelial da diabetes mellitus:

- A) Aumento da biodispoñibilidade do óxido nítrico.
- B) Aumento da síntese de axentes vasoconstritores.
- C) Aparición de fenómenos inflamatorios na parede vascular.
- D) Aumento da agregación plaquetaria.

58. Cal das seguintes fórmulas reflicte a lei de Einthoven?

- A) I = II + III
- B) II = I + III
- C) III = I + II
- D) aVL = aVR + aVF

59. Segundo a American Heart Association, cal dos seguintes NON forma parte da síndrome metabólica?

- A) Triglicéridos maior ou igual a 150 mg/dL.
- B) Perímetro abdominal maior ou igual a 100 cms en homes ou maior ou igual a 88 cms en mulleres.
- C) HDL-colesterol menor a 40 mg/dL en homes ou menor a 50 mg/dL en mulleres.
- D) Tensión arterial maior ou igual a 130/85 mmHg.

60. Nun paciente home de 63 anos de raza branca e sen antecedentes de interese con cifras de TA basales de 150/100 mmHg, con cal dos seguintes fármacos NON está indicado de inicio no tratamento farmacolóxico para control de HTA segundo as recomendacións do JNC-8?

- A) Hidroclorotiazida.
- B) Candesartán.
- C) Atenolol.
- D) Amlodipino.

61. Das seguintes manifestacións clínicas asociadas á disección de aorta tipo A, cal é a que aparece con menor frecuencia?

- A) Dor lacerante nas costas.
- B) Dor centrotorácico.
- C) Insuficiencia aórtica.
- D) Síncope.

62. Paciente con inicio recente de tratamento con 5 fluoruracilo que acode por episodios repetidos de dor torácica. Cal das seguintes actitudes é CORRECTA?

- A) Suspender 5 fluoruracilo e iniciar betabloqueantes.
- B) Se a coronariografía é normal realizar un test de provocación de vasospasmo con metilergonovina.
- C) Se a coronariografía é normal non é necesario control de hipercolesterolemia e tabaquismo.
- D) Se se sospeita vasospasmo coronario non está indicado realizar coronariografía.

63. Cal das seguintes afirmacións é CORRECTA en relación ás Guías Europeas de Revascularización Miocárdica do 2014, sobre os pacientes con enfermidade coronaria estable?

- A) En pacientes con enfermidade de tronco e SYNTAX score menor ou igual a 22, a cirurxía de revascularización coronaria (CRC) e o intervencionismo coronario percutáneo (ICP), teñen o mesmo grao de recomendación, IA.
- B) Nos pacientes con enfermidade de tres vasos e SYNTAX score menor ou igual a 22, a CRC e o ICP teñen o mesmo grao de recomendación, IA.
- C) Pacientes con enfermidade de tres vasos e SYNTAX score entre 23 e 32, a CRC ten nivel de recomendación IA e o ICP IIa B.
- D) En pacientes con enfermidade coronaria dun vaso con afectación da arteria descendente anterior proximal, CRC e ICP teñen a mesma recomendación, IA.

64. Na valoración ecográfica dun paciente con Insuficiencia Mitral, cal dos seguintes achados NON iría a favor de que a insuficiencia fose severa?:

- A) Vea contracta maior ou igual a 0.7 cm.
- B) Radio PISA (área de superficie de isovelocidade proximal) maior ou igual a 1 cm a unha velocidade Nyquist de 30–40 cm/s.
- C) Patrón doppler de enchido mitral con onda A predominante.
- D) Rotura de cordas con valva batiente ("flail").

65. Varón de 44 anos, diagnosticado de coartación de aorta pouco despois do nacemento, reparado aos 3 anos de vida mediante resección da zona estenótica e anastomose directa término-terminal. Atópase asintomático. Desde fai 9 meses detectouse PAS elevada nas extremidades superiores (TAS 150 mmHg), sendo normal nas extremidades inferiores (TAS 120 mmHg). Iniciou tratamento con Ramipril. Auscúltase un sopro sistólico nas costas.

Ecocardiograma: Válvula aórtica bicúspide con apertura conservada e insuficiencia lixeira. VE normal en tamaño e función. VD normal. Con doppler continuo desde plano supraesternal o gradiente pico foi 47 mmHg na aorta descendente, con velocidade detectable incluso en diástole (prolongación diastólica).

Cateterismo cardíaco: o gradiente pico-pico da coartación foi 31 mmHg. A coronariografía foi normal.

Sinale a FALSA:

- A) Cos anos, a incidencia de hipertensión arterial aumenta bruscamente, incluso sen reestenose da zona reparada.
- B) É habitual a enfermidade aterosclerótica precoz e supón a causa máis habitual de morte durante a fase adulta.
- C) A válvula aórtica é bicúspide en menos do 30% dos pacientes.
- D) Este paciente ten indicación de intervención da Recoartación (clase I, nivel do evidencia C da ESC).

66. Respecto da definición de Estenose Aórtica de baixo fluxo, baixo gradiente, con fracción de exección reducida, sinale cal das seguintes condicións é FALSA:

- A) Área valvular aórtica menor de 1.0 cm².
- B) Volume latexado indexado menor ou igual a 35 mL/m².
- C) Fracción de exección de ventrículo esquerdo menor de 45%.
- D) Gradiente medio menor de 40 mmHg.

67. Con respecto ao índice nocello brazo, sinale a FALSA:

- A) Valores maiores ou iguais a 1,3 suxiren enfermidade arterial oclusiva.
- B) Para o seu cálculo, explóranse as arterias braquiais de ambos membros superiores e as arterias pedia e tibial posterior de ambos membros inferiores.
- C) Ten unha sensibilidade e unha especificidade maior do 95% en detectar estenose de polo menos o 50%.
- D) Considérase normal entre 0,9 e 1,2.

68. Con respecto á síncope vasovagal, sinale a resposta FALSA:

- A) Caracterízase pola presenza de diaforese, náuseas e palidez cutánea.
- B) Asóciase con hipotensión e/ou bradicardia inapropiada.
- C) O ecocardiograma é un punto clave no diagnóstico.
- D) Os síntomas acompañantes poden estar ausentes en persoas de idade avanzada.

69. Segundo as guías 2017 ESC/EACTS para o manexo da enfermidade valvular, é FALSO, no manexo da anticoagulación en pacientes con próteses valvulares mecánicas, que van someterse a un procedemento invasivo programado:

- A) Recoméndase non interromper a anticoagulación oral para a maioría dos procedementos cirúrxicos menores, incluíndo a extracción dental e a cirurxía de cataratas.
- B) Nos procedementos cirúrxicos maiores, debe interromperse a anticoagulación oral antes da cirurxía e usar heparina como terapia ponte. A heparina non fraccionada é a única aprobada en pacientes con próteses mecánicas.
- C) O uso de heparina de baixo peso molecular, aínda que off-label, é unha alternativa á heparina non fraccionada como terapia ponte. Débese administrar unha vez ao día a doses terapéuticas.
- D) Para a drenaxe pericárdica débese interromper a anticoagulación oral e usar terapia ponte con heparina.

70. Con respecto ao hematoma intramural, sinala a FALSA:

- A) Supón entre o 10% e o 25% de tódolas síndromes aórticas agudas.
- B) Con maior frecuencia, localízanse na aorta ascendente.
- C) O TAC e a RNM son as técnicas de elección para o seu diagnóstico e clasificación.
- D) A persistencia da dor a pesar do tratamento analxésico intensivo, é un dato de mal prognóstico.

71. En cal dos seguintes pacientes NON se debe considerar realizar angioplastia primaria?

- A) Paciente con dor torácica prolongada que non cede con nitroglicerina e en ECG obsérvase bloqueo de rama dereita.
- B) Paciente con dor torácica prolongada que non cede con nitroglicerina e en ECG obsérvase bloqueo de rama esquerda con elevación de segmento ST maior ou igual a 3mm en V4-V6.
- C) Paciente con dor torácica prolongada que non cede con nitroglicerina e en ECG obsérvase bloqueo de rama esquerda (BRE) aínda que xa se describía un bloqueo de rama esquerda nun estudo preoperatorio realizado dous anos antes
- D) Paciente con dor torácica e en ECG obsérvase descenso de ST en V4-V6.

72. De acordo coas guías 2017 ESC/EACTS para o manexo da enfermidade valvular, sinala a resposta FALSA en relación coa Insuficiencia Mitral (IM) crónica secundaria:

- A) A cirurxía valvular mitral está indicada en pacientes con IM severa e fracción de execución de ventrículo esquerdo maior do 30%, que van ser sometidos a cirurxía de revascularización coronaria.
- B) Na actualidade non hai datos robustos que indiquen que corrixir a IM prolongue a supervivencia.
- C) A intervención valvular non é xeralmente unha opción cando a fracción de execución de ventrículo esquerdo é menor do 15%.
- D) A eficacia do procedemento percutáneo "bordo con bordo" para reducir a insuficiencia mitral é similar á da cirurxía.

73. Muller de 16 anos diagnosticada ao nacemento de Tetraloxía de Fallot con arco aórtico dereito e anomalía coronaria. Realizouse unha fístula sistémico-pulmonar aos 7 meses de idade, e corrección quirúrxica aos 4 anos, con peche da comunicación interventricular cun parche de Dacrón e alivio da obstrución do TSVD mediante resección do músculo infundibular e inserción interposición dun conduto valvulado entre VD e bifurcación pulmonar.

Refire dispnea de moderados-grandes esforzos desde fai aproximadamente 6 meses, que lle obriga a deterse na clase de ximnasia. O ECG mostra ritmo sinusal con BRDHH (duración do QRS 138 ms, eixe QRS 117°). O ecocardiograma realizado mostra un gradiente obstrutivo en TSVD, con presión sistólica do ventrículo dereito 84 mmHg (velocidade RT 4,6 m/s), hipertrofia e lixeira dilatación ventricular dereita con función sistólica do ventrículo dereito conservada (TAPSE 22mm, Fracción de acurtamento do VD 47%).

Sinale a FALSA:

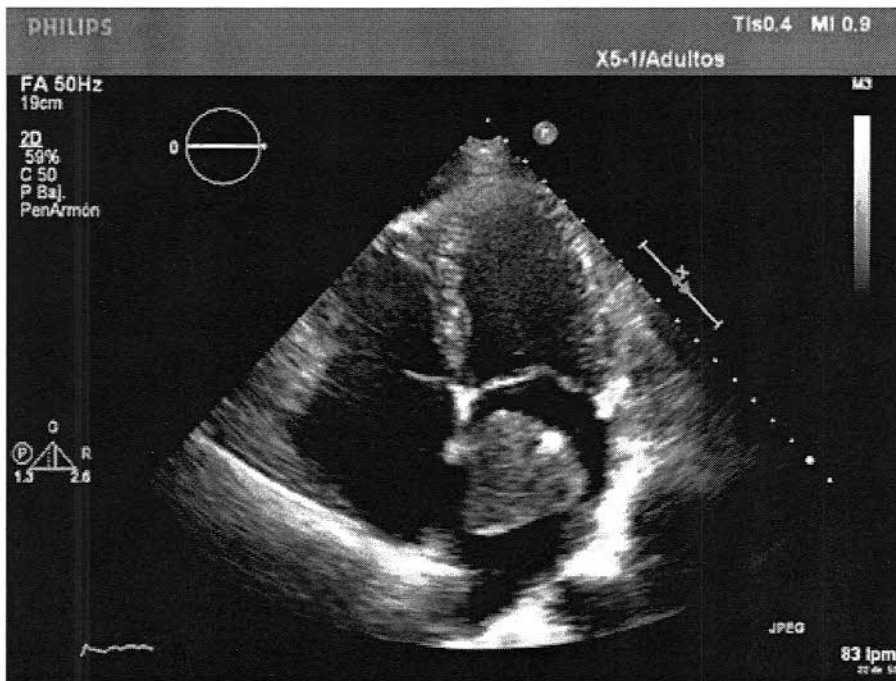
- A) Debería realizarse a substitución da válvula pulmonar (indicación clase I, nivel do evidencia C) posto que se trata dunha paciente sintomática con presión sistólica do ventrículo dereito maior a 60 mmHg (velocidade RT maior a 3,5 m/s).
- B) A anchura do complexo QRS reflexa o grao de dilatación ventricular dereita e é un marcador prognóstico de taquicardia ventricular sostida e de morte súbita cardíaca nos pacientes adultos sometidos previamente á reparación da tetraloxía (particularmente cando mide máis de 180 ms).
- C) A substitución da válvula pulmonar, cando se realiza por insuficiencia pulmonar crónica ou por obstrución do TSVD despois da reparación intracardiaca inicial ten un elevado risco de complicacións, cunha taxa de mortalidade do 20%.
- D) Un 15% dos pacientes con Tetraloxía de Fallot teñen delección do cromosoma 22q11.

74. En relación á profilaxe de Endocardite Infecciosa en pacientes de alto risco, indique cal das seguintes afirmacións é FALSA:

- A) Recoméndase realizar profilaxe antibiótica para retirar suturas xenxivais ao estar comprometida a integridade da mucosa.
- B) Recoméndase profilaxe antibiótica en procedementos invasivos do tracto respiratorio, gastrointestinal, uroxenal ou pel e tecidos brandos se son realizados en contexto de infección.
- C) O réxime recomendado para procedementos dentais en pacientes adultos non alérxicos a penicilina/ampicilina é: Amoxicilina ou Ampicilina 2 g vía oral ou intravenosa 30-60 minutos antes do procedemento.
- D) Débese desaconsellar a realización de tatuaxes ou piercing.

75. Cal dos seguintes NON é un factor predictivo de mortalidade despois dunha reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria?

- A) Pneumonía previa á parada cardíaca.
- B) Hipotensión arterial (TAS menor de 100mmHg) previa á parada cardíaca.
- C) Insuficiencia renal previa á parada cardíaca.
- D) Enfermidade vascular periférica previa á parada cardíaca.



76. Da planta de neuroloxía recibes unha solicitude de ecocardiograma para un paciente ingresado por un ictus isquémico. Na proxección apical de 4 cámaras obtés a imaxe anterior. Sinala cal é a resposta INCORRECTA respecto da patoloxía cardiolóxica que presenta o paciente:

- A) O tratamento de elección é a anticoagulación.
- B) Os déficits neurolóxicos adoitan ser con frecuencia o síntoma de presentación.
- C) A cirurxía está xeralmente indicada en canto faise o diagnóstico, independentemente de se presentou fenómenos embólicos ou non.
- D) A maioría se localizan na aurícula esquerda, en xeral ancorados mediante un pedículo á fosa oval.

77. Cal dos seguintes criterios NON se considera un factor de alto risco en pacientes con anxina crónica estable?

- A) Fracción de exección 40% en ecocardiograma transtorácico basal.
- B) Área de isquemia 5% do miocardio nun SPECT
- C) Isquemia en 3 segmentos en ecocardiograma de esforzo.
- D) Lesión significativa en DA proximal detectada nun TAC coronario.

78. Cal das seguintes afirmacións é FALSA sobre a pericardite postinfarto?

- A) A pericardite postinfarto precoz é un factor de risco independente de peor prognóstico.
- B) A incidencia de pericardite postinfarto tardía diminuíu coa xeneralización da anxioplastia primaria.
- C) A pericardite postinfarto precoz correlaciónase co tamaño do infarto.
- D) A pericardite postinfarto precoz diminuíu coa xeneralización dos tratamentos de reperfusión coronaria precoz.

79. Na valoración da Estenose Mitral:

- A) Considérase clinicamente significativa cando a área valvular é menor a 1.5 cm².
- B) O gradiente medio é independente da frecuencia cardíaca.
- C) A estenose mitral senil caracterízase por unha severa calcificación do anel mitral con extensión do calcio cara ás valvas. A comisurotomía percutánea é o tratamento de elección nestes pacientes.
- D) O tempo de hemipresión diastólica depende unicamente do grao de obstrución mitral.

80. Home de 58 anos, sen antecedentes de interese, remitido por disnea de esforzo progresiva e cardiomegalia en radiografía de tórax. Á exploración presenta TA 92/58 mmHg, FC 106 lpm e ingurxitación venosa xugular a 45 graos, crepitantes húmidos e matidez á percusión nas bases pulmonares. No dorso de ambos os pés e rexión bimalleolar detéctase edema lixeiro con fóvea. Cal dos signos observados durante a avaliación é máis **ESPECÍFICO** de insuficiencia cardíaca?

- A) Taquicardia y taquipnea.
- B) Ingurxitación venosa xugular a 45 graos.
- C) Crepitantes húmidos e matidez á percusión nas bases pulmonares suxestivo de derrame pleural.
- D) Edema periférico.

81. Valoramos en Urxencias un paciente de 38 anos, sen antecedentes relevantes, que acode por episodio de palpitacións. O paciente atópase estable hemodinamicamente e sen datos exploratorios de baixo gasto nin conxestión. No rexistro electrocardiográfico obsérvase unha taquicardia rítmica a 178 lpm con complexo QRS estreito. Dispoñemos de diversas manobras que poden axudar a determinar o mecanismo da arritmia. Sinale a resposta **CORRECTA**:

- A) A interrupción da taquiarritmia tras a administración de adenosina orienta a unha arritmia por actividade desencadeada.
- B) A reciclaxe e encarrilamento orienta a un mecanismo por reentrada.
- C) Cando a morfoloxía do primeiro latexo é idéntico aos posteriores orienta a unha arritmia por automatismo.
- D) Todas as respostas son correctas.

82. Con respecto aos efectos biolóxicos radioinducidos que se poden producir nunha sala de hemodinámica, sinale a **CORRECTA**:

- A) A gravidade dos efectos estocásticos é independente da dose.
- B) Nos efectos deterministas non existe unha dose limiar.
- C) A aparición dos efectos estocásticos é inmediata á exposición á radiación.
- D) O mecanismo polo cal se producen os efectos deterministas é unha lesión subletal da célula.

83. Sobre os efectos hemodinámicos e estruturais atribuíbles á terapia de resincronización cardíaca, sinale a **FALSA**:

- A) Evita o remodelado inverso.
- B) Reduce a insuficiencia mitral.
- C) Mellora o gasto cardíaco.
- D) Reduce os volumes ventriculares.

84. Nun paciente con Estenose Mitral reumática con área valvular 1.3 cm², en grao funcional III da NYHA, sen características clínicas desfavorables para comisurotomía percutánea, anatomía subóptima para a mesma e alto risco cirúrxico. Cal sería a actitude recomendada?:

- A) Tratamento médico.
- B) Comisurotomía percutánea.
- C) Reparación cirúrxica.
- D) Recambio valvular.

85. Home de 36 anos, remitido a consulta por disnea grao II e palpitaóns. Refire avó paterno diabético falecido por hepatopatía e irmán de 38 anos con glucemia basal alterada e artropatías. O paciente refire que padece diabete, diagnosticada hai 2 anos e con pobre control glucémico. Á exploración chama a atención hiperpigmentación corporal e hepatomegalia non dolorosa. Valorado por Unidade de Dixestivo está á espera de determinar se presenta mutación no xene HFE. Realízase ecocardiograma en consulta observando dilatación e disfunción biventricular de grao lixeiro. En relación coa miocardiopatía que se sospeita neste paciente, sinale a CORRECTA:

- A) A afectación en mulleres é máis tardía que en homes.
- B) A causa máis frecuente de morte é a cirrose e o carcinoma hepatocelular.
- C) A biopsia endomiocárdica é útil, pero se resulta normal non exclúe o diagnóstico.
- D) Todas as respostas son correctas.

86. Inclúense dentro dos ruídos diastólicos temperáns todos EXCEPTO un. Sináleo:

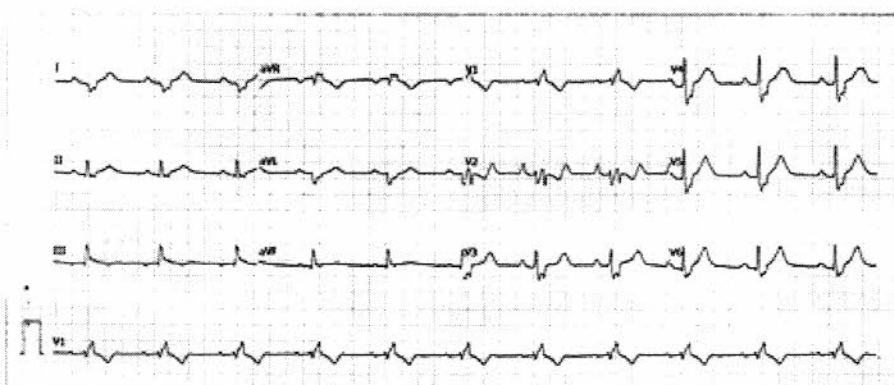
- A) Estalo de apertura na estenose valvular mitral reumática.
- B) Knock ou estalo pericárdico.
- C) Cuarto ruído. (R4)
- D) Golpe ou plop tumoral en tumores auriculares.

87. Dos seguintes fármacos de segunda liña aprobados para tratamento da anxina crónica estable, cal é o que presenta o menor grao de recomendación nas guías de práctica clínica da ESC?

- A) Nicorandil.
- B) Ranolazina.
- C) Ivabradina.
- D) Trimetazidina.

88. En cal dos seguintes pacientes con Estenosis Aórtica severa NON indicaría o tratamento cirúrxico?:

- A) Paciente asintomático con fracción de execión de ventrículo esquerdo 48%.
- B) Paciente con disnea de esforzo.
- C) Paciente asintomático con caída da tensión arterial no test de esforzo.
- D) Paciente asintomático con velocidade transvalvular máxima 5m/s, gradiente medio 60 mmHg e risco cirúrxico intermedio.



89. A que patoloxía se corresponderá con MENOR probabilidade o electrocardiograma anterior?:

- A) Comunicación interauricular.
- B) Enfermidade de Ebstein.
- C) Comunicación interventricular muscular restritiva.
- D) Embolismo pulmonar.

90. A capacidade do sistema renina–anxiotensina–aldosterona (SRAA) e sistema adrenérxico (SA) para "escapar" da inhibición farmacolóxica en tratamentos a longo prazo parece determinante no prognóstico dos pacientes con IC con disfunción sistólica. En base á fisiopatoloxía da IC avaliáronse outras dianas terapéuticas. Sinale a CORRECTA:

- A) Con intención de bloquear nun punto máis proximal o SRAA avalíouse a acción do Aliskiren no tratamento da IC. O estudo ATMOSPHERE mostra o beneficio da terapia combinada (inhibidor directo da renina e IECA) especialmente en pacientes diabéticos con IC e disfunción sistólica.
- B) En base ao estudo ASCEND–HF o neseritide (péptido natriurético tipo B recombinante) considérase tratamento de primeira liña para a insuficiencia cardíaca aguda.
- C) O uso de sacubitril–valsartán foi autorizado en pacientes adultos para o tratamento da IC con disfunción sistólica sintomática en base aos resultados do estudo PARADIGM–HF.
- D) Todas as respostas son correctas.

91. Un home de 20 anos sen antecedentes de interese acode ao servizo de urxencias por dor torácica de características pleuríticas e en ECG obsérvase ritmo sinusal a 105 lpm e elevación difusa do segmento ST con descenso de segmento PR. Cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) Está indicado realizar un ecocardiograma para valorar derrame pericárdico.
- B) Está indicado realizar determinación de marcadores de dano miocárdico e marcadores de inflamación (proteína C reactiva).
- C) Está indicado iniciar tratamento con antiinflamatorio non esteroideo (ou AAS) e colchicina a baixa dose para previr recurrencias.
- D) Débese iniciar tratamento con antiinflamatorio non esteroideo (ou AAS) e se tras unha semana non hai melloría valorarase engadir colchicina ou corticoides a baixa dose.

92. Atendendo ás Guías Europeas de manexo de valvulopatias do ano 2017. Cal é a CERTA, no manexo da estenose aórtica severa sintomática?

- A) Nos centros con experiencia contrastada poderase realizar implante percutáneo de válvula aórtica aínda que non se dispoña de servizo de ciruxía cardíaca no centro, pero sí a menos de 90 minutos.
- B) A fragilidade, a aorta en porcelana e a aorta bispúspide son factores que apoian o implante percutáneo de válvula aórtica nos pacientes de risco aumentado.
- C) Nos pacientes con risco quirúrxico aumentado (STS score o EuroSCORE II maior ou igual a 4, o EuroSCORE Ioxístico maior ou igual a 10), a recomendación, tanto para ciruxía de recambio valvular, como para implante percutáneo de válvula aórtica é Clase I, nivel de evidencia B.
- D) Nos pacientes maiores de 70 anos e risco cirúrxico aumentado favorecerase o tratamento percutáneo sobre o recambio valvular cirúrxico.

93. En relación coa ablación con catéter da fibrilación auricular (FA), sinale a resposta INCORRECTA:

- A) Todos os pacientes deben recibir anticoagulación oral durante un mínimo de 8 semanas tras a ablación con catéter (recomendación clase IIa Guías ESC da FA 2016).
- B) Determinados estudos documentaron accidentes cerebrovasculares "silentes" mediante resonancia magnética cerebral en torno ao 10% dos pacientes sometidos a ablación con radiofrecuencia ou criobalón.
- C) A formación dunha fístula aurículoesofáxica é unha complicación rara (inferior 0,5%) secundaria á ablación con catéter. A presenza de febre sen foco claro, dor retroesternal e ictus durante o primeiro mes post–procedemento debe facernos sospeitar a presenza desta complicación.
- D) Desaconséllase a ablación da FA como unha estratexia para evitar o implante de marcapasos a pacientes con bradicardia relacionada coa FA.

94. Cal dos seguintes achados electrocardiográficos é suxectivo de oclusión da arteria circunflexa nun paciente con infarto agudo de miocardio inferior?

- A) Elevación de ST en III maior que en II.
- B) Elevación de ST en V1.
- C) Elevación de ST maior en II que en III.
- D) Elevación de ST en V4R.

95. Para o tratamento da hipertensión arterial (HTA) en pacientes con cardiopatía isquémica NON é correcto:

- A) Na síndrome coronaria agudo, os B-bloqueantes deben iniciarse, salvo contraindicación, nas primeiras 24h. En xeral prefírense B-bloqueantes B1 selectivos de acción curta, sen actividade simpaticomimética intrínseca, como o carvedilol.
- B) Unha cifra obxectivo de tensión arterial menor de 140/90 mmHg é razoable en prevención secundaria.
- C) Os fármacos máis indicados para o tratamento da HTA tras un infarto de miocardio son os B-bloqueantes, IECA e ARA II.
- D) Nos casos de anxina, os B-bloqueantes e antagonistas do calcio son os fármacos preferidos.

96. Varón de 20 anos diagnosticado, desde os 18 meses de vida, de comunicación interventricular perimembranosa restritiva. O paciente encóntrase asintomático. No último control, o ECG mostrou RS normal a 58 lpm. O Ecocardiograma realizado mostrou o defecto septal ventricular (DSV) perimembranoso de pequeno tamaño, con cortocircuito esquerda-dereita de alta velocidade e gradiente máximo VE-VD de 95 mmHg (TAS 120 mmHg). As cavidades cardíacas eran de dimensións normais, sen valvulopatías.

Sinale a FALSA:

- A) Aínda que este paciente se atopa asintomático, a elevada velocidade do jet a través do DSV suxire desenvolvemento de hipertensión pulmonar, polo que está indicado o peche do defecto.
- B) Co paso do tempo, pode desenvolverse ventrículo dereito con dobre cámara (VDDC).
- C) Co paso do tempo, e debido a un aumento na presión sistólica e diastólica do VE, o grao do shunt esquerda-dereita pode aumentar e causar sobrecarga de volume do VE e finalmente, insuficiencia cardíaca. Estes pacientes son candidatos para o pechamento.
- D) No caso dun DSV de saída (supracristal), con menor frecuencia perimembranoso, hai un risco considerable de prolapso da cúspide coronaria dereita ou non coronaria da válvula aórtica que resulte en Insuficiencia aórtica progresiva.

97. En cal dos seguintes pacientes se recomenda suspender a aspirina antes dun procedemento cirúrxico?

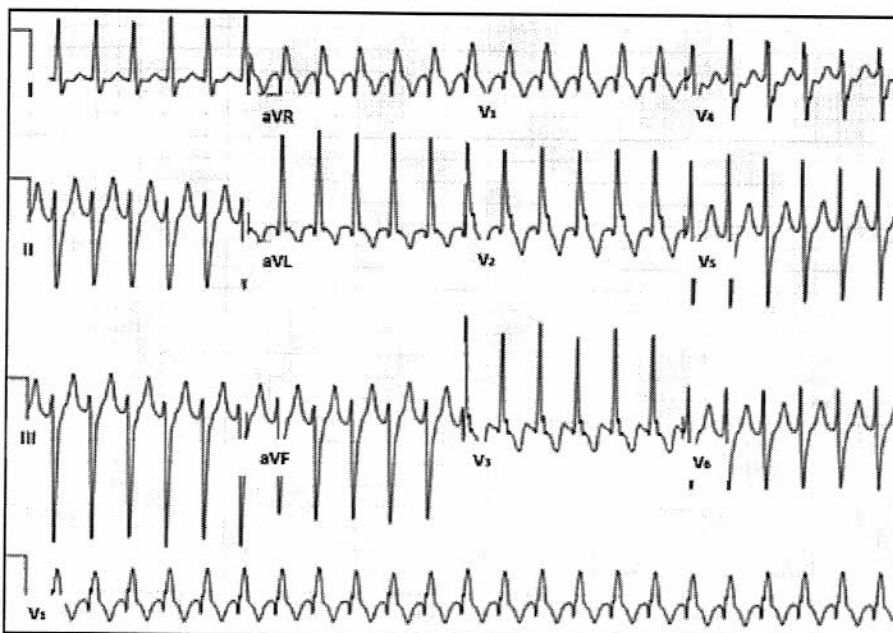
- A) Paciente con infarto previo e stent coronario implantado fai seis meses que se somete a cirurxía de hernia inguinal electiva.
- B) Paciente con infarto previo e stent coronario implantado fai tres meses que se somete a cirurxía de cancro de colon.
- C) Paciente con infarto de miocardio previo e sen stent coronario que se somete a cirurxía de aneurisma de aorta abdominal.
- D) Paciente con infarto previo e sen stent coronario que se somete a endarterectomía carotídea.

98. Cal das seguintes situacións é menos probable que evolucione a pericardite constrictiva?

- A) Pericardite tuberculosa.
- B) Pericardite neoplásica.
- C) Pericardite recorrente.
- D) Pericardite postradioterapia.

99. En relación co tratamento con betabloqueantes no perioperatorio de cirurxía non cardíaca é **FALSO** que:

- A) En pacientes que reciben tratamento crónico con betabloqueantes , este debe manterse durante o período perioperatorio.
- B) En pacientes con risco alto ou intermedio de isquemia miocárdica detectada en test perioperatorios podería ser razoable iniciar tratamento con betabloqueantes antes da cirurxía.
- C) Se o paciente precisa iniciar tratamento con betabloqueantes, esta débese iniciar canto antes, incluso o mesmo día da intervención.
- D) En pacientes con tres ou máis factores de risco do Revised Cardiac Risk Index (RCRI) (por exemplo diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular previo...) podería ser razoable iniciar tratamento con betabloqueantes antes da intervención.



100. Home de 46 anos, HTA e exfumador, acode ao servizo de Urxencias por episodios de palpitacións e diaforese de aproximadamente 3 horas de duración. Á súa chegada a Urxencias o paciente atópase consciente, con tendencia a hipotensión (TA 96/54 mmHg) ben tolerada. Realízase electrocardiograma (ver imaxe anterior) e ecocardiograma (sen alteracións). Rehistoriado, o paciente refire múltiples episodios de palpitacións rápidas, autolimitadas que atribuíu a situacións de tensións, e polo que nunca consultara por elas. En relación ao diagnóstico máis probable e tratamento sinale a resposta **CORRECTA**:

- A) Taquicardia ventricular fascicular posterior esquerda verapamil-sensible.
- B) Taquicardia ventricular fascicular anterior verapamil-sensible.
- C) Taquicardia ventricular en relación con cardiopatía isquémica silente. Iniciar amiodarona e/ou betabloqueantes.
- D) Taquicardia do tracto de saída do ventrículo dereito. Boa resposta ao tratamento betabloqueante.

1. Nun paciente con Insuficiencia Aórtica severa, en cal dos seguintes casos NON estaría indicado o tratamento cirúrxico?:

- A) Paciente asintomático con fracción de exacción de ventrículo esquerdo 52% e diámetro telediastólico de ventrículo esquerdo de 63 mm.
- B) Paciente asintomático que vai ser sometido a cirurxía de by-pass aorto-coronario.
- C) Paciente asintomático con fracción de exacción de ventrículo esquerdo 52% e diámetro telesistólico de ventrículo esquerdo de 55 mm.
- D) Paciente sintomático con fracción de exacción de ventrículo esquerdo 65%.

2. Segundo as guías ESC 2016 sobre prevención da enfermidade cardiovascular na práctica clínica, sinala a resposta INCORRECTA en relación ao control lipídico en pacientes con enfermidade cardiovascular:

- A) En pacientes que non alcanzan obxectivos con doses máximas toleradas de estatinas, a combinación de estatina e ezetimiba é a que presenta maior evidencia de beneficio clínico.
- B) O non- HDL pode ser un obxectivo terapéutico alternativo, sobre todo cando as mostras non se obtiveron en xaxún ou en persoas con TG elevados. O obxectivo en pacientes con enfermidade cardiovascular é de menos de 130 mg/dl.
- C) A pesar de que durante o tratamento con estatinas pódese producir un aumento da concentración plasmática das encimas hepáticas, non está indicada a súa monitorización sistemática.
- D) Un cLDL maior de 200 mg/dl en pacientes sen tratamento previo esixe unha avaliación coidadosa para buscar unha posible hipercolesterolemia familiar.

3. En pacientes con disfunción sistólica de ventrículo esquerdo e extrasistolia ventricular (EV) e/ou taquicardia ventricular non sostida (TVNS) frecuentes é FALSO que:

- A) Amiodarona está indicada para tratamento mesmo en ausencia de síntomas.
- B) Unha presenza elevada de extrasístole ventricular (EV) ($>24\%$) e axuste curto (< 300 ms) suxiren taquimiocardiopatía secundaria a arritmias ventriculares.
- C) Unha incidencia de máis de 10 extrasístoles ventriculares (EV) por hora ou refachos de taquicardia ventricular non sostida (TVNS) son marcadores de mal pronóstico.
- D) A ablación con catéter pode ser unha alternativa de tratamento de extrasístoles ventriculares (EV).

4. Sinala cal dos seguintes NON aumenta o risco de nefropatía inducida por contraste:

- A) Diabetes mellitus.
- B) Anemia.
- C) Administración intraarterial do contraste con respecto á administración intravenosa.
- D) Uso dun contraste non iónico con respecto ao uso dun iónico.

5. Cal das seguintes medidas NON se recomenda en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST (IAMEST) en shock cardioxénico?

- A) Emprego rutineiro de balón Intraórtico de contrapulsación (BIACP).
- B) Ecocardiograma para descartar complicacións mecánicas.
- C) Revascularización coronaria completa de todas as lesións significativas no procedemento de ICP primaria.
- D) Fármacos inotrópicos/vasopresores.

6. Paciente de 65 anos, asintomático desde o punto de vista cardiolóxico e con antecedentes de tabaquismo activo, dislipemia e EPOC que vai ser sometido a cirurxía electiva de bypass aortobifemoral. Grao funcional limitado por comorbilidade. Cal das seguintes probas recoméndase realizar previo á cirurxía vascular?

- A) Ecocardiograma para valorar función ventricular.
- B) Ningunha, debe intervirse directamente.
- C) Coronariografía para valorar lesións coronarias.
- D) Test de ecocardiografía con dobutamina ou SPECT de perfusión miocárdica.

7. Home de 62 anos, asintomático, remitido para valoración por ser un "traballador no sector do transporte marítimo con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz". Achega unha analítica recente na que se observa un LDL-c 267 mg/dl. Descoñece se o nivel de LDL-c dos seus familiares é anormal. Á exploración física o paciente presenta un xantoma tendinoso aquíleo. Atendendo aos criterios diagnósticos de Dutch Lipid Clinic Network, podemos establecer o diagnóstico clínico de hipercolesterolemia familiar?

- A) O paciente presenta máis de 8 puntos, e por tanto, estamos ante unha "clara" hipercolesterolemia familiar.
- B) O paciente presenta unha hipercolesterolemia familiar "probable".
- C) A presenza de xantomas tendinosos é suficiente para establecer o diagnóstico clínico de hipercolesterolemia familiar.
- D) O diagnóstico de hipercolesterolemia familiar heterocigótica é improbable neste caso.

8. Nun paciente asintomático, con estenose mitral reumática con área 0.9cm², PsAP 55 mmHg en repouso, fusión comisural, Score de Wilkins 6, insuficiencia mitral lixeira e autocontraste denso en aurícula esquerda pero sen presenza de trombos. Que opción é a máis indicada?:

- A) Comisurotomía percutánea.
- B) Comisurotomía cirúrxica.
- C) Seguimento clínico e ecográfico periódicos.
- D) Recambio valvular.

9. O hemibloqueo posterior esquerdo ou bloqueo do fascículo posterior da rama esquerda identificámolo no electrocardiograma polas seguintes características SALVO unha, sinálea:

- A) Onda r en I e aVL seguidas de ondas S profundas.
- B) Ondas q en cara inferior (II, III e aVF).
- C) Eixe do QRS desviado cara á dereita (entre + 90 e + 140 graos).
- D) Eixe desprazado á esquerda (entre - 45 e - 90 graos).



10. Home de 14 anos remitido a consulta por episodio sincopal precedido de palpitacións rápidas mentres xogaba ao pádel. Non refire antecedentes persoais nin familiares de interese e non recibe tratamento de forma habitual. Refire episodios de palpitacións autolimitados en relación con esforzos físicos e tensión emocional, pero en ningunha ocasión sufrira perda de coñecemento. A exploración física e o ECG basal son completamente anodinos. Realízase un ecocardiograma que descarta cardiopatía estrutural. Exponse a realización dunha proba de esforzo convencional que resulta positiva para a indución de arritmias (ver imaxe anterior) e síntomas (palpitacións e presíncope). Sinala a CORRECTA en relación á sospeita diagnóstica:

- A) Trátase dunha taquicardia ventricular (TV) bidireccional nun paciente con síndrome de Andersen–Tawil.
- B) A rotación dos complexos QRS en 180 graos dun latexo a outro durante o exercicio é altamente suxestivo de TV polimórfica catecolaminérxica.
- C) Debemos expor a realización dun estudo electrofisiolóxico, útil para o diagnóstico e estratificación de risco.
- D) O diagnóstico de confirmación baséase na identificación dunha mutación no xene KCNJ–2.