

## 2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

### INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números E1 e E110, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de 150 minutos.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán 0,50 puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán 0,125 puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.  
  
Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto NON poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: [www.sergas.es](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 signos de insuficiencia cardíaca se considera **MÁIS** específico?:

- A) Presión venosa xugular elevada.
- B) Ortopnea.
- C) Bendopnea.
- D) Crepitantes na auscultación pulmonar.

2. De acordo coas "2015 ESC Guidelines for the diagnoses and management of pericardial diseases" na pericardite aguda describíronse os seguintes factores de risco maiores asociados con mal pronóstico, **EXCEPTO**:

- A) Febre alta (maior de 38 graos C).
- B) Curso subagudo (síntomas durante varios días sen un inicio claro agudo).
- C) Evidencia de gran derrame pericárdico (maior de 20 mm).
- D) Miopericardite.

3. **Sinale a resposta FALSA** en relación co ductus arterioso persistente (DAP):

- A) Non se recomenda o peche do DAP en pacientes con fisioloxía de Eisenmenger e en pacientes con desaturación das extremidades durante o exercicio.
- B) A resonancia cardíaca é a técnica clave no diagnóstico e proporciona non só o diagnóstico (que pode ser difícil en pacientes con fisioloxía de Eisenmenger), senón tamén o grao de sobrecarga de volume do VI, a PAP, o tamaño da AP e os cambios no corazón dereito.
- C) Recoméndase o peche con dispositivo como método de elección cando sexa tecnicamente adecuado (recomendación clase I con nivel de evidencia C).
- D) A formación de aneurismas no DAP é unha complicación moi rara.

4. Nun paciente cunha miocardiopatía dilatada debido a unha mutación patoxénica no xene de lamina (LMNA A/C) identificáronse (de acordo coas guías americanas e europeas sobre arritmias cardíacas e prevención de morte súbita) catro factores de risco relacionados coa presenza de arritmias ventriculares malignas. Un dos mencionados a continuación é **FALSO**:

- A) Presenza de taquicardias ventriculares non sostidas en estudo Holter.
- B) FEVI menor do 45% na primeira avaliación.
- C) Sexo feminino.
- D) Ser portador dunha mutación "non-missense" (inserción, deleción, truncamentos ou mutacións que afectan ao "splicing").

5. Segundo as últimas guías da ACC/AHA de valvulopatías, podemos afirmar en relación co tratamento da estenose aórtica o seguinte EXCEPTO:

- A) A elección de prótese biolóxica fronte a mecánica debe realizarse en función da idade e características de cada paciente sabendo que a deterioración estrutural dunha prótese biolóxica a 15 anos é de media do 22% nos pacientes de 50 anos, do 30% nos pacientes de 40 anos e do 50% nos pacientes de 20 anos
- B) Nos pacientes maior de 65 anos que requiran substitución valvular aórtica é razoable elixir unha bioprótese fronte a unha prótese mecánica
- C) En pacientes sintomáticos de 65-80 anos con estenose aórtica severa sen contraindicación anatómica para o implante de TAVI pode recomendarse substitución válvular aórtica cirúrxica ou TAVI aínda que a durabilidade das válvulas transcater máis aló de 5-6 anos non sexa aínda ben coñecida
- D) Nos ensaios clínicos publicados a mortalidade da TAVI implantada por vía diferente á transfemoral é superior á mortalidade da substitución valvular aórtica

6. En cal das seguintes situacións NON se recomenda a profilaxe da endocardite?:

- A) Neno de 5 anos con transposición de grandes vasos reparada mediante a técnica de Rastelli.
- B) Adolescente de 13 anos portador de Fontan modificado desde os 4 anos de vida.
- C) Paciente de 25 anos con transposición de grandes vasos reparada mediante a técnica de Jatene.
- D) Paciente de 50 anos con estenose aórtica severa por válvula aórtica bicúspide portador de bioprótese aórtica desde hai 3 anos.

7. Nun paciente home de 50 anos con enfermidade de Fabry, que presenta hipertrofia ventricular severa e xa sufriu un transplante renal é todo certo, EXCEPTO:

- A) Precisa revisións oftalmolóxicas.
- B) Precisa revisións do seu nivel auditivo.
- C) Precisa revisións neurolóxicas.
- D) Toda a súa descendencia (fillas e fillos) debe ser estudada.

8. Cal dos seguintes casos ten MAIOR peso de evidencia para implantar un Holter subcutáneo segundo as últimas guías da sociedade europea de cardioloxía para o diagnóstico e manexo do síncope?:

- A) Paciente con caídas inexplicables.
- B) Paciente con sospeita de síncope reflexo con episodios sincopais frecuentes ou graves.
- C) Paciente con síncope recorrente sen criterios de alto risco e alta probabilidade de recurrencia dentro da vida útil do dispositivo.
- D) Paciente con síncope sen criterios de alto risco nos que tras unha avaliación xeral non se demostrou a causa nin levou a instaurar tratamento específico, e que non teñen indicación de prevención primaria mediante implante de desfibrilador.

9. Entre as causas de HTA secundaria atópase o síndrome de Gordon que se caracteriza por:

- A) Hiperpotasemia, alcalose metabólica, actividade de renina plasmática baixa, concentración plasmática de renina baixa e concentración plasmática de aldosterona baixa
- B) Hipopotasemia, acidose metabólica, actividade de renina plasmática baixa, concentración plasmática de renina baixa e concentración plasmática de aldosterona alta
- C) Hipopotasemia, alcalose metabólica, actividade de renina plasmática baixa, concentración plasmática de renina baixa e concentración plasmática de aldosterona baixa
- D) Hiperpotasemia, acidose metabólica, actividade de renina plasmática baixa, concentración plasmática de renina baixa e concentración plasmática de aldosterona baixa

**10. Indique que aseveración é FALSA:**

- A) A nicturia é un síntoma tardío frecuente nos pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.
- B) A anorexia, as náuseas, os vómitos e os cambios na visión son signos importantes de intoxicación dixitálica.
- C) A rouqueira pode deberse á compresión do nervio larínxeo recorrente por un aneurisma aórtico, unha dilatación da arteria pulmonar ou un aumento considerable do tamaño da aurícula esquerda.
- D) A tose causada pola hipertensión venosa pulmonar secundaria a unha insuficiencia ventricular esquerda ou unha estenose mitral adoita ser seca, irritativa, espasmódica e nocturna.

**11. En relación coas recomendacións das guías europeas de síndrome coronarios crónicos do ano 2019 sobre fármacos anti-Isquémicos, sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) Está indicado o tratamento de primeira liña con Beta-bloqueantes ou antagonistas do calcio para controlar a frecuencia cardíaca e os síntomas.
- B) Débese considerar a administración de nitratos de acción prolongada como primeira liña de tratamento.
- C) Se os síntomas de anxina non se controlan adecuadamente cun Beta-bloqueante ou un antagonista do calcio, débese considerar a combinación dun beta-bloqueante cun antagonista do calcio dihidropiridínico.
- D) Recoméndase a administración de nitratos de acción curta para o alivio inmediato da anxina de esforzo.

**12. Respecto á síndrome de Marfan, é FALSO que:**

- A) Desaconséllase que as mulleres cun diámetro da raíz aórtica maior de 45 mm queden embarazadas sen unha reparación previa debido ao maior risco de disección.
- B) Existe un risco de transmisión do 50% tanto para homes como para mulleres.
- C) Cunha raíz aórtica de 40-45 mm, o crecemento aórtico previo e os antecedentes familiares son factores importantes cando se considera a posible reparación antes do embarazo.
- D) Despois da reparación da aorta ascendente, os pacientes con Marfan non presentan risco de disección do resto da aorta.

**13. Respecto á miocardiopatía arritmoxénica é FALSO que:**

- A) A presenza de ondas T investidas nas derivacións laterais e/ou inferiores suxire afectación do VI en pacientes con displasia/miocardiopatía arritmoxénica de ventrículo dereito.
- B) As ondas épsilon no electrocardiograma reflicten unha condución retardada no ventrículo dereito.
- C) A displasia/miocardiopatía arritmoxénica do ventrículo dereito é unha enfermidade que afecta ás unións actina-miosina.
- D) A displasia/miocardiopatía arritmoxénica do ventrículo dereito é a miocardiopatía arritmoxénica mellor caracterizada na actualidade.

**14. A onda J ou onda de Osborn nun electrocardiograma, débenos facer sospeitar a presenza de:**

- A) Hipernatremia.
- B) Hiponatremia.
- C) Hiperpotasemia.
- D) Hipotermia sistémica.

15. Dentro das recomendacións dadas polas "2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases" para o manexo da presión arterial en pacientes con diabetes e prediabetes, todo é certo EXCEPTO:

- A) Recoméndase que os pacientes con hipertensión e diabetes mellitus sexan tratados de forma individualizada. O obxectivo da Presión Arterial Sistólica é 130 mmHg e menor de 130 mmHg si se tolera, pero non menor de 120 mmHg.
- B) En persoas maiores de 65 anos, o obxectivo da Presión Arterial Sistólica está nun rango de 130 a 139 mmHg.
- C) As estatinas son o tratamento de elección para a dislipemia en pacientes diabéticos.
- D) Entre os betabloqueantes, demostrouse que carvedilol non afecta a sensibilidade á insulina en pacientes con síndrome metabólico.

16. En relación coas últimas recomendacións da AHA/ACC de tratamento con antiagregantes en pacientes con bioprótese sinale a resposta MENOS correcta:

- A) En pacientes con prótese mecánica aórtica ONX sen factores de risco tromboembólico é razoable utilizar un antivítamina K cun INR en rango de 1.5 a 2 asociando aspirina 85 mg diarios despois máis de 3 meses tras a cirurxía
- B) En pacientes con prótese mecánica en posición mitral está indicada a anticoagulación con antivítamina K alcanzando rangos de INR de 3
- C) En pacientes con bioprótese mitral ou aórtica é razoable utilizar antivítamina K para conseguir un INR de 2.5 polo menos 3 meses e un máximo de 6 meses tras a cirurxía
- D) En pacientes con TAVI é razoable o uso de 75-100 mg de aspirina diarios se non hai outras indicacións para anticoagulación

17. Na valoración ecocardiográfica dunha pericardite constrictiva, cal dos seguintes NON esperas encontrar?:

- A) Aumento do fluxo transmitral superior ao 25 % coa inspiración.
- B) Incremento do tempo de relaxación isovolumétrico coa inspiración.
- C) Onda E' medial no Doppler tisular con velocidade maior de 8 cm/s.
- D) Inversión do fluxo diastólico despois do inicio da espiración en vens suprahepáticas.

18. Respecto ao electrocardiograma dun infarto agudo de miocardio, sinale a resposta INCORRECTA:

- A) As ondas Q anormais indican que o paciente sufriu un infarto transmural e non un subendocárdico.
- B) A elevación isquémica do segmento ST e as ondas T hiperagudas son o primeiro signo de infarto agudo de miocardio.
- C) A inversión das ondas T durante a isquemia evolutiva ou crónica se correlaciona cunha maior duración dos potenciais de acción ventriculares, e estes cambios isquémicos adoitan asociarse a unha prolongación do intervalo QT.
- D) A inversión das ondas T pode desaparecer ao cabo de varios días ou semanas, ou persistir de forma indefinida.

19. Elixe o tratamento anti-anxioso de elección nunha muller de 81 anos, diabética, con fracción de exección ventricular esquerda conservada, cuxa frecuencia cardíaca basal é 48 lpm e a súa tensión arterial é 130/85 mmhg.

- A) Calcio-antagonistas dihidropiridínicos ou beta-bloqueantes a doses baixas como primeira liña, nitratos de acción prolongada como segunda liña, e en pasos posteriores a adición de trimetazidina.
- B) Calcio-antagonistas dihidropiridínicos como primeira liña, nitratos de acción prolongada como segunda liña, e en pasos posteriores a adición de ranolazina ou trimetazidina.
- C) Beta-bloqueantes a doses baixas como primeira liña, calcio-antagonistas dihidropiridínicos ou nitratos de acción prolongada como segunda liña, e en pasos posteriores a adición de ranolazina ou trimetazidina.
- D) Nitratos de acción prolongada como primeira liña, calcio-antagonistas dihidropiridínicos como segunda liña, e en pasos posteriores a adición de ranolazina ou trimetazidina.

20. A onda T pode ir seguida dunha onda adicional de pouca amplitude, denominada onda U. Sinale a resposta FALSA sobre esta onda U:

- A) Adoita ter unha amplitude inferior a 0,1 mV.
- B) Ten normalmente a mesma polaridade que a onda T precedente.
- C) Acada o seu tamaño máximo nas derivacións precordiais e a frecuencias cardíacas altas.
- D) Ignórase a súa orixe electrofisiolóxica exacta.

21. Na anomalía de Ebstein, sinale a resposta FALSA:

- A) Caracterízase por presentar formación anormal e desprazamento apical das valvas da válvula tricúspide.
- B) Os síntomas clave son as arritmias (a taquicardia reentrante auriculoventricular é a máis común), disnea, fatiga, mala tolerancia ao exercicio, dor no peito e cianose periférica e/ou central.
- C) Os trastornos sintomáticos do ritmo deben tratarse de forma conservadora xa que o tratamento con catéter das arritmias non demostrou bos resultados.
- D) Recoméndase a reparación cirúrxica en pacientes con insuficiencia tricúspide severa e síntomas ou deterioración obxectivo da capacidade de exercicio (recomendación I, nivel de evidencia C).

22. Segundo as últimas guías da ACC/AHA de valvulopatías, en relación co seguimento da estenose aórtica é importante saber que (indica a FALSA):

- A) Aínda que existe variabilidade individual en pacientes con esclerose aórtica con áreas de calcificación valvular focal e engrosamento de veos, con velocidade transvalvular aórtica menor de 2,0 m/ s a progresión a severa ocorre nun 10% dos pacientes en 5 anos
- B) Nun paciente con estenose aórtica severa con velocidade maior ou igual a 4 m/ s a velocidade de progresión dos síntomas é rápida cunha supervivencia libre de eventos de 30-50% en 2 anos.
- C) Na estenose aórtica moderada (velocidade de 3.0-3.9 m/ s) a media de progresión anual da velocidade transvalvular é de 0.3 m/ s o aumento do gradiente de presión media é de 9 mmHg e o aumento da área válvula aórtica é de 0.1 cm<sup>2</sup>
- D) En pacientes con estenose aórtica severa asintomáticos a supervivencia é similar á dos controis da mesma idade

23. Varón de 82 anos, diabético, con insuficiencia renal crónica (CKD-EPI 51 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) e historia de infarto agudo de miocardio previo con enfermidade de 1 vaso (CD) revascularizado percutáneamente hai 3 anos hipertenso, sen outros antecedentes de interese, que ingresa por infarto agudo de miocardio con elevación do segmento ST de localización anterior en clase Killip 1. No cateterismo presentaba un oclusión trombótica da descendente anterior medio que se tratou con implante dun stent farmacoactivo. Ao alta FEVI 45%. Non historia previa de sangrados e hemoglobina á alta 13.4 g/dL. Sinale a resposta MÁIS adecuada en relación ao manexo antitrombótico en base ás últimas recomendacións da Sociedade Europea de CardioloXía:

- A) Deberíase prescribir dobre antigregación con clopidogrel 75 mg cada 24 horas durante 6-12 meses.
- B) Deberíase prescribir pauta longa de dobre antigregación con clopidogrel 75 mg cada 24 horas durante máis de 12 meses.
- C) Deberíase prescribir dobre antigregación con ticagrelor 90 mg cada 12 horas ou prasugrel 10 mg cada 24 horas durante 6-12 meses.
- D) Deberíase prescribir pauta longa de dobre antigregación con ticagrelor 90 mg cada 12 horas ou prasugrel 5 mg cada 24 horas durante máis de 12 meses.

24. Cal das seguintes recomendacións diagnósticas en relación coa válvula aórtica bicúspide é MENOS correcta segundo as últimas guías da ACC / AHA de valvulopatías?

- A) En pacinetes con aorta bicúspide, debe realizarse un ecocardiograma transtorácico para avaliar a gravidade da estenose e regurgitación aórtica, a morfoloxía e o diámetro da aorta sinusal e aorta ascendente e descartar a existencia de coarctación aórtica.
- B) En familiares de primeiro grao de pacientes con válvula aórtica bicúspide, debe realizarse un screening con ecocardiograma transtorácico para descartar a válvula aórtica bicúspide, a dilatación da aorta sinusal e da aorta ascendente.
- C) En pacientes con aorta bicúspide aos que se lles substitúe a válvula aórtica, é razoable realizar probas de imaxe en serie da aorta despois da cirurxía se o diámetro da aorta sinusal ou o da aorta ascendente é maior de 4,0 cm
- D) En pacientes con aorta bicúspide e indicación para a substitución da válvula aórtica e un diámetro na aorta sinusal ou aorta ascendente maior ou igual a 4,5 cm, é razoable substituír a aorta sinusal e/ou a aorta ascendente se a cirurxía se realiza nun corazón valvular experto centro de enfermidades.

25. Nun paciente de 68 anos con síncope reflexo, cal das seguintes opcións de tratamento ten un MENOR peso de evidencia segundo as últimas guías da Sociedade Europea de CardioloXía para o diagnóstico e manexo do síncope?:

- A) Estimulación cardíaca para reducir recurrencias, en caso de resposta cardioinhibidora na mesa basculante, con síncope recorrente, frecuente e impredecible.
- B) Estimulación cardíaca para reducir recurrencias, en caso de síndrome do seno carotídeo, con síncope recorrente, frecuente e impredecible.
- C) Estimulación cardíaca para reducir recurrencias, en caso de pausas asistólicas asintomáticas superiores a 3 segundos secundarias a paros sinusais.
- D) Axustar ou suspender medicación hipotensora, se o mecanismo do síncope é vasodepresor.

**26. Respecto ao tratamento da endocardite infecciosa sobre válvula nativa, cal das seguintes opcións consideras INCORRECTA?**

- A) A combinación de vancomicina máis ceftriaxona é unha opción aceptable para o tratamento empírico dos microorganismos máis frecuentemente implicados, mentres os hemocultivos están pendentes.
- B) En casos de estafilococo aureus sensible a meticilina, a monoterapia con oxacilina é unha opción adecuada.
- C) En casos de enterococo faecalis, a combinación de ampicilina con gentamicina durante 2 semanas seguida de monoterapia con ampicilina durante 4-6 semanas ten unha eficacia similar respecto ao tratamento estándar con ampicilina e gentamicina durante 4-6 semanas.
- D) En casos de estafilococo aureus resistente a meticilina, a combinación de daptomicina con vancomicina demostrou superioridade respecto á monoterapia con daptomicina nun ensaio clínico randomizado.

**27. Señala a opción INCORRECTA respecto á presenza de realce tardío na resonancia cardíaca en casos de miocardiopatía dilatada:**

- A) Identifícase como predictor de arritmias.
- B) Identifícase como predictor de morte súbita.
- C) A súa progresión durante o seguimento relaciónase con mal pronóstico.
- D) Adóitase localizar a nivel subendocárdico.

**28. Que pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de exección preservada presenta valores baixos nas secuencias de T1 mapping na resonancia cardíaca?:**

- A) Amiloidose.
- B) Cardiopatía isquémica.
- C) Enfermidade de Fabry.
- D) Miocardite.

**29. En relación co tempo de reperfusión no contexto dun IAMCEST, segundo as guías da sociedade europea de cardioloxía, ano 2017, sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) O tratamento de reperfusión está indicado para todo paciente con síntomas de isquemia de duración menor ou igual a 12 h e elevación persistente do segmento ST, aínda que debe considerarse a estratexia sistemática de ICP primaria para pacientes que tardan en presentarse tras a aparición dos síntomas (12-48 h).
- B) Se a ICP primaria non se pode realizar nos prazos recomendados tras o diagnóstico de IAMCEST, recoméndase a fibrinolise nas primeiras 36 h tras a aparición dos síntomas para os pacientes sen contraindicacións.
- C) Para pacientes con síntomas máis de 12 h, está fortemente indicada a estratexia de ICP primaria en presenza de síntomas compatibles con isquemia, inestabilidade hemodinámica ou arritmias potencialmente mortais.
- D) Recoméndase angiografía temperá (primeiras 24 h) en caso de alivio completo dos síntomas e normalización do segmento ST espontánea ou tras a administración de nitroglicerina (sempre que non haxa recorrencia dos síntomas nin elevación do segmento ST).

**30. Respecto aos ultrasonidos en ecocardiografía, cal das seguintes opcións é INCORRECTA?:**

- A) A capacidade de penetración dos ultrasonidos relaciónase directamente coa potencia e lonxitude de onda e inversamente coa frecuencia.
- B) A frecuencia de repetición de pulsos diminúe a medida que aumenta a profundidade.
- C) A resolución axial diminúe co aumento da frecuencia do ultrasonido.
- D) A maior tamaño do sector menor será a frecuencia de repetición de pulsos.

31. Sinala a opción **INCORRECTA** en canto ao comportamento da frecuencia cardíaca (FC) na ergometría:

- A) A incompetencia cronotrópica pode conlevar unha maior probabilidade de enfermidade arterial coronaria.
- B) O valor do "índice cronotrópico" por debaixo do cal se considera unha resposta da frecuencia cardíaca compatible con incompetencia cronotrópica é menor do 85%.
- C) Unha "taxa de recuperación cardíaca" atenuada considérase unha manifestación de incompetencia cronotrópica e é predictivo de mortalidade e enfermidade coronaria.
- D) A porcentaxe da frecuencia cardíaca alcanzada para a idade (fórmula de Astrand) calcúlase coa seguinte fórmula:  $[(FC \text{ pico} / (220 - \text{edad})) \times 100]$ .

32. Cal dos seguintes tratamentos ten demostrado un beneficio en diminución da mortalidade en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de exección en rango intermedio/levemente deprimida?:

- A) Ivabradina en pacientes con frecuencia cardíaca maior de 70 latidos por minuto.
- B) Ferro carboximaltosa con niveis de ferritina menores de 100 ng/mL.
- C) Upgrade a marcapasos resincronizador en pacientes con recambio electivo de marcapasos e estimulación ventricular maior do 90 %.
- D) Ningún dos anteriores.

33. Ante un paciente con taquicardia de complexo QRS estreito sen diagnóstico establecido e sen inestabilidade hemodinámica, o plan terapéutico a seguir recomendado polas guías de práctica clínica sería:

- A) Primeiro manobras vagais. Se son inefectivas, adenosina intravenosa (6–18 mg). Se é inefectiva, calcio-antagonistas non dihidropiridínicos intravenosos ou beta-bloqueantes intravenosos. Se son inefectivos, proceder a cardioversión sincronizada.
- B) Primeiro manobras vagais. Se son inefectivas, adenosina intravenosa (6–18 mg). Se é inefectiva, amiodarona intravenosa. Se é inefectiva, proceder a cardioversión sincronizada.
- C) Primeiro manobras vagais. Se son inefectivas, adenosina intravenosa (6–18 mg). Se é inefectiva, calcio-antagonistas non dihidropiridínicos intravenosos ou beta-bloqueantes intravenosos. Se son inefectivos, amiodarona intravenosa. Se é inefectiva, proceder a cardioversión sincronizada.
- D) Primeiro manobras vagais. Se son inefectivas, adenosina intravenosa (6–18 mg). Se é inefectiva, flecainida intravenosa. Se é inefectiva, proceder a cardioversión sincronizada.

34. Ante unha emerxencia HTA podemos empregar: (sinala a **MÁIS** correcta, segundo as Guías da sociedade Europea de Cardiología de 2018)

- A) Esmolol a unha dose de 0,5–1,5 mg/Kg iv en bolo; 50–300  $\mu$ g/kg/min en perfusión iv
- B) Labetalol 0,25–1,5 mg/Kg iv en bolo; 2–4 mg/min en infusión iv ata lograr obxectivo de TA
- C) Nitroprusiato 0,3–10  $\mu$ g/kg/min en perfusión iv aumentando 0,5  $\mu$ g/kg/min cada 5 minutos ata lograr obxectivo de TA
- D) Metoprolol 2,5–5 mg iv en bolo de 2 minutos e repetir ata control de TA ou un máximo de 20 mg

35. Nun paciente con insuficiencia cardíaca que ingresa con marcada conxestión, sinala a resposta **INCORRECTA** respecto ao uso do diuréticos:

- A) En xeral, dentro da primeira hora desde o ingreso, debe administrarse alomenos a dose ambulatoria ou o dobre da mesma de forma intravenosa.
- B) Un sodio urinario de 35 mEq/L ás 2 horas xeralmente indica unha adecuada resposta diurética.
- C) Tolvaptan non demostrou unha redución de mortalidade no estudo EVEREST.
- D) O risco de hipopotasemia é maior coas tiazidas que cos diuréticos de asa.

36. Varón de 78 anos, obeso (80 kg, 160 cm), dislipémico, sen outros antecedentes de interese, que ingresa por infarto agudo de miocardio sen elevación do segmento ST en clase Killip 1, con infradesnivel horizontal de 2 mm do segmento ST de V3 a V6, FEVI 45% e hipocinesia marcada anterior. Presenta unha creatinina de 0.9 mg/dL e unha hemoglobina de 11.8 g/dL. Tras administración de nitroglicerina sublingual en urxencias o paciente vólvese asintomático, con normalización dos cambios ECG e sen datos de insuficiencia cardíaca ou inestabilidade hemodinámica. Sinala a resposta MÁIS adecuada en relación ao manexo inicial do paciente en base ás últimas recomendacións da Sociedade Europea de CardioloXía de SCASEST ano 2020:

- A) Deberíase administrar AAS 300 mg e realizar coronariografía nas primeiras 24 horas.
- B) Deberíase administrar AAS 300 mg, fondaparinaux 2.5 mg e realizar coronariografía nas primeiras 24 horas.
- C) Deberíase administrar AAS 300 mg, enoxaparina 80 mg e realizar coronariografía nas primeiras 24 horas.
- D) Deberíase administrar AAS 300 mg, ticagrelor 180 mg, fondaparinaux 2.5 mg e realizar coronariografía nas primeiras 24 horas.

37. Cal dos seguintes non está contemplado nas guías Europeas de valvulopatías de 2017 a ter en conta entre os criterios para decidir substitución valvular aórtico fronte a implante de TAVI e si se contempla nas últimas guías Americanas?

- A) Paciente con válvula aórtica bicúspide
- B) Presenza de fibrilación auricular
- C) Acceso vascular que non permita a TAVI transfemoral
- D) Calcificación subaórtica (tracto de saída de ventrículo esquerdo)

38. Respecto á etioloXía da endocardite infecciosa sobre válvula nativa, cal das seguintes opcións consideras INCORRECTA?:

- A) Os estafilococos coagulasa negativos supoñen aproximadamente un 30 % dos casos.
- B) As bacterias gram positivas supoñen aproximadamente un 80 % dos casos.
- C) O estafilococo aureus supón aproximadamente un 35–40 % dos casos.
- D) Os entereococos supoñen aproximadamente un 10 % dos casos.

39. Varón de 18 anos, triatleta, que acaba de fichar por un club de atletismo profesional. Na revisión rutineira, detéctase unha extrasístole ventricular illada no ECG, motivo polo que se lle repite o ECG volvéndose a documentar a presenza doutra extrasístole ventricular. Asintomático cardiovascular, nunca fora valorado en cardioloXía. Non presenta antecedentes familiares de morte súbita.

- A) Non é necesario realizar máis probas, podendo continuar coa práctica profesional de triatlón.
- B) Débese repetir realizar un anxio-TAC coronario ou unha coronariografía.
- C) Débese colocar un Holter-ECG, considerando derivar a cardioloXía se a densidade de extrasístolia é superior ao 5% dos latexos.
- D) É necesario realizar unha avaliación cardiolóxica específica descartando cardiopatía estrutural e condicións arritmoxénicas.

40. Cal das seguintes indicacións cirúrxicas na endocardite infecciosa NON se considera urxente segundo as últimas guías da sociedade europea de cardioloxía?

- A) Endocardite sobre válvula mitral nativa con insuficiencia severa en situación de edema agudo de pulmón.
- B) Endocardite sobre válvula aórtica nativa con absceso localizado na unión mitroaórtica no ecocardiograma de control aos 6 días do diagnóstico.
- C) Endocardite sobre válvula mitral protésica con vexetación de 13 milímetros e embolia esplénica.
- D) Endocardite sobre válvula aórtica nativa de 35 milímetros.

41. Segundo as guías de SCASEST do ano 2020 da Sociedade Europea de Cardioloxía, os criterios para considerar MINOCA (infarto de miocardio con arterias coronarias non obstructivas) inclúen os seguintes aspectos, EXCEPTO:

- A) Criterios diagnósticos de infarto agudo de miocardio en base á definición universal de infarto agudo de miocardio.
- B) Arterias coronarias sen necesidade de presentar lesións coronarias.
- C) Arterias coronarias con posibilidade de ter lesións estenóticas inferiores ao 50%.
- D) Resonancia cardíaca normal.

42. Un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada realiza unha ergoespirometría cos seguintes resultados: VO<sub>2</sub> pico 15 ml/kg/min, 40 % do predito; equivalente de CO<sub>2</sub> no umbral anaerobio 53; Pet CO<sub>2</sub> basal 25 mmHg e no limiar anaerobio 20 mmHg. Sinala a opción CORRECTA:

- A) Só con estes datos é imposible cuantificar a capacidade funcional. Debo coñecer o comportamento da tensión arterial, a carga alcanzada e a saturación de osíxeno para poder extraer conclusións definitivas.
- B) O paciente presenta unha severa diminución de capacidade aeróbica e unha severa ineficiencia ventilatoria.
- C) A capacidade aeróbica sitúa ao paciente nunha situación estable. Da eficiencia ventilatoria non nos podemos fiar moito, xa que non demostrou nada concreto polo momento.
- D) Ningunha das anteriores é correcta.

43. Nun esforzo por reducir a carga da mortalidade coronaria en adultos asintomáticos, realízanse innumerables estimacións dos factores e marcadores de risco, ademais de probas de esforzo, como parte das probas de cribado da enfermidade. Sinala a resposta CORRECTA segundo as recomendacións da guía europea de prevención de enfermidade cardiovascular de 2016:

- A) Recoméndase estimar o risco total mediante un sistema validado, como o SCORE, para adultos asintomáticos maiores de 30 anos, sen evidencia de enfermidade cardiovascular, diabetes, insuficiencia renal crónica ou hipercolesterolemia familiar.
- B) Recoméndase avaliar a historia familiar de enfermidade cardiovascular prematura (definida como un evento cardiovascular mortal ou diagnóstico confirmado de enfermidade cardiovascular en familiares de primeiro grao varóns menores de 45 anos ou mulleres menores de 55 anos) como parte da avaliación do risco cardiovascular.
- C) Recoméndase o cribado da enfermidade cardiovascular mediante unha escala clínica validada de risco para todos os menores de 50 anos con historia familiar de enfermidade cardiovascular prematura nun familiar de primeiro grao ou hipercolesterolemia familiar.
- D) Recoméndase calcular o grosor intima-media mediante ultrasóns carotídeos para a avaliación do risco cardiovascular.

**44. En relación co publicado nas guías da Sociedade Europea de Cardiología de 2017 sobre indicacións de intervención na estenose tricúspide sinale a MENOS correcta?**

- A) A cirurxía está indicada en pacientes con insuficiencia tricúspide severa que se van someter a cirurxía valvular esquerda
- B) A cirurxía pódese considerar en pacientes con insuficiencia tricúspide lixeira ou moderada con dilatación anular (anel tricuspídeo maior de 40mm ó maior ou igual a  $21 \text{ mm}^2$  por ecocardiografía 2D) que se van someter a cirurxía valvular esquerda
- C) A cirurxía pódese considerar en pacientes con insuficiencia tricúspide lixeira ou moderada se se van someter a cirurxía valvular esquerda independentemente do grao de dilatación anular se previamente se evidenciou fallo do ventrículo dereito
- D) A cirurxía debe considerarse en pacientes con insuficiencia tricúspide severa tras cirurxía valvular esquerda en ausencia de recorrencia de disfunción da valvulopatía esquerda que presentan síntomas ou teñen progresiva dilatación ou disfunción de ventrículo dereito sempre que non teñan severa disfunción de ventrículo esquerdo ou dereito nin hipertensión pulmonar severa

**45. Sinale a situación FALSA. Se auscultamos o corazón do paciente cando se pon en posición de cuclillas o sopro sistólico:**

- A) Da miocardiopatía hipertrófica obstructiva, diminuirá.
- B) Da comunicación interventricular, aumentará.
- C) Da insuficiencia mitral por disfunción dos músculos papilares, diminuirá.
- D) Do sopro sistólico inocente, manterase sen cambios respecto do control.

**46. En relación coas indicacións cirúrxicas dos aneurismas de aorta cal das seguintes é a MÁIS correcta segundo as Guías de Patoloxía da Aorta de 2014 da Sociedade Europea de Cardiología?**

- A) A cirurxía debe considerarse en pacientes con S de Marfán e aneurisma da raíz aortica con diámetro máximo aórtico maior ou igual a 50 mm
- B) A cirurxía está indicada en pacientes con aorta bicúspide e aneurisma da raíz aortica con diámetro máximo aórtico maior ou igual a 50 mm
- C) O TEVAR está indicado en pacientes con aneurisma de aorta descendente con diámetro máximo aórtico maior ou igual a 50 mm
- D) O TEVAR debe considerarse en pacientes con aneurisma de aorta descendente con diámetro máximo aórtico maior ou igual a 55mm

**47. En cal dos seguintes casos sería recomendable tentar unha valvuloplastia mitral percutánea?**

- A) Area valvular mitral de  $1,2 \text{ cm}^2$ , insuficiencia mitral moi lixeira. Válvula con veos con zona media normal e grosor de marxes de 8 mm, con mobilidade de zona media e basal de veos normal, con zonas ecorefrixentes afectando a zona media dos veos e engrosamento ata o terzo distal das cordas tendinosas.
- B) Area valvular mitral de  $1,2 \text{ cm}^2$ , insuficiencia mitral moi lixeira. Válvula con movemento cara adiante en diástole desde a base con engrosamento que se estende por todas as valvas de 8 mm e con zonas ecorefrixentes afectando as marxes dos veos e engrosamento ata o terzo distal das cordas tendinosas
- C) Area valvular mitral de  $1,2 \text{ cm}^2$ , insuficiencia mitral moi lixeira con mobilidade de zona media e basal de veos normal, con veos con zona media normal e grosor de marxes de 8mm, cunha única zona de calcificación e engrosamento ata o terzo distal das cordas tendinosas
- D) Area valvular mitral de  $1,2 \text{ cm}^2$ , insuficiencia mitral moi lixeira con movemento cara adiante en diástole desde a base, con veos grosor de 8 mm, zonas ecorefrixentes afectando a zona media dos veos e engrosamento ata o terzo distal das cordas tendinosas

48. Varón de 72 anos, hipertenso, sen outros factores de risco cardiovascular, que ingresa por infarto agudo de miocardio sen elevación do segmento ST en clase Killip 1, con ondas T negativas en cara inferior, FEVI conservada e hipocinesia leve inferior. A súa función renal é normal (CKD-EPI 70 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) e non ten anemia nin trombopenia. Non presenta ningún outro antecedente médico de interese. Realízase coronariografía en menos de 24 horas que obxectiva enfermidade arterial coronaria de 1 vaso (coronaria dereita distal), que se decide manexar médicamente (sen revascularización) debido a que se trata dun vaso de escaso calibre. Sinale a resposta CORRECTA en relación ao seu tratamento antitrombótico en base ás últimas recomendacións da Sociedade Europea de Cardiología para o manexo do SCASEST, ano 2020:

- A) Deberíase prescribir dobre antiagregación con clopidogrel durante 12 meses.
- B) Deberíase prescribir dobre antiagregación con ticagrelor durante 12 meses.
- C) Deberíase prescribir dobre antiagregación con prasugrel durante 12 meses.
- D) Deberíase prescribir dobre antiagregación, preferiblemente con ticagrelor ou prasugrel, durante polo menos 12 meses, prologando a dobre antiagregación máis aló do primeiro ano se o paciente non presenta anemización ou sangrado relevante no primeiro ano.

49. A síndrome de Da Costa ou astenia neurocirculatoria adoita caracterizarse por todo o seguinte EXCEPTO:

- A) Dor torácica á altura do apex cardíaco.
- B) Dor xorda e persistente que dura varias horas e a miúdo acentúase ou alterna con ataques de punzadas lancinantes e agudas de dor inframamario de 1-2 segundos de duración.
- C) Pode aparecer co estrés emocional ou o cansazo.
- D) Adoitan ser mulleres maiores de 70 anos que acadan puntuacións elevadas nas escalas de depresión.

50. Nas guías da Sociedade Europea de Cardiología para o diagnóstico e tratamento de patoloxía da aorta publicadas en 2014 Cal das seguintes é a MÁIS correcta en relación coas recomendacións para medir a aorta?

- A) Recoméndase que o diámetro máximo do aneurisma se mida perpendicular á liña central do vaso con imaxes 2D de CT sempre que sexa posible.
- B) Os diámetros medidos perpendiculares á liña central do vaso con imaxes reconstruídas a partir de 3D CT son máis exactas e reproducibles que as medidas a partir de cortes axiais especialmente en vasos tortuosos
- C) A variabilidade inter e intraobservador na medición dos aneurismas de aorta abdominal con CT é de 2-4 mm
- D) Comparado co CT a medición de aorta con ultrasóns infraestima as dimensións da aorta adominal ao redor de 2-5 mm.

51. Todas as recomendacións para o manexo da dislipemia con fármacos hipolipemiantes en pacientes con diabetes mellitus son certas EXCEPTO:

- A) Se os triglicéridos non están controlados por estatinas ou fibratos, pódense utilizar doses altas de ácidos graxos omega-3 (4 g/día) de etilo de eicosapentoico.
- B) A asociación de ezetimibe é o segundo chanzo de tratamento cando non se acadan obxectivos de LDLc co tratamento con estatinas.
- C) En pacientes con DM2 con alto risco cardiovascular, recoméndase un obxectivo de LDLc menor de 55 mg/dL ou unha redución de LDLc de polo menos o 50%.
- D) Pódense administrar fibratos en pacientes con DM que son intolerantes ás estatinas e teñen niveis altos de triglicéridos.

52. En relación coas recomendacións de intervención en pacientes con insuficiencia mitral severa primaria cal das seguintes é **MENOS** correcta segundo as guías da Sociedade Europea de CardioloXía de 2017?

- A) En pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral severa primaria, función sistólica de ventrículo esquerdo conservada e diámetro telesistólico de ventrículo esquerdo menor ou igual a 45 mm con posibilidade de reparación mitral exitosa e duradeira é razoable a reparación mitral se se realiza nun centro experto en valvulopatías
- B) En pacientes sintomáticos con insuficiencia mitral severa e ventrículo esquerdo con fracción de exección menor do 30% e diámetro telediastólico maior de 55 mm, refractarios a tratamento médico con alta probabilidade de reparación mitral e poucas comorbilidades pódese considerar a cirurxía mitral
- C) A cirurxía mitral está indicada en pacientes asintomáticos con disfunción de ventrículo esquerdo (fracción de exección menor de 60%) e/ou diámetro telesistólico de ventrículo esquerdo maior ou igual a 45 mm
- D) A cirurxía está indicada en pacientes sintomáticos con insuficiencia mitral severa e fracción de exección de ventrículo esquerdo maior do 30%

53. Paciente que se presenta en urxencias con taquicardia de QRS ancho, estable hemodinamicamente. Adminístraselle adenosina presentando diminución gradual da frecuencia con aceleración posterior, sen evidencia de bloqueo aurículo-ventricular. Cal dos seguintes é o diagnóstico **MÁIS** probable?

- A) Taquicardia ventricular fascicular.
- B) Flutter auricular con aberrancia.
- C) Taquicardia auriculoventricular por reentrada con aberrancia.
- D) Taquicardia auricular focal automática con aberrancia.

54. Cal das seguintes afirmacións en relación co tratamento da TA é **MÁIS** correcta?:(segundo as Guías de 2018 da Sociedade Europea de CardioloXía)

- A) En pacientes diabéticos que reciben tratamento antihipertensivo o obxectivo tensional en consulta é menor de 130/80 mmHg
- B) En pacientes con cardiopatía isquémica que reciben tratamento antihipertensivo o obxectivo tensional en consulta debe ser menor de 135/85 mmHg se é ben tolerada
- C) En pacientes diabéticos maior de 65 anos o obxectivo tensional en consulta é menor de 130/80 mmHg
- D) A TA non debe ser menor de 120/70 mmHg en pacientes con cardiopatía isquémica e tratamento antihipertensivo

55. En relación coa selección do modo de estimulación cardíaca/programación en pacientes con bradicardia persistente, sinala a resposta **FALSA**:

- A) En paciente con enfermidade do nodo sinusal está indicado o marcapasos bicameral con preservación da condución aurículo-ventricular espontánea para reducir o risco de fibrilación auricular e accidente cerebrovascular, evitar a síndrome de marcapasos e mellorar a calidade de vida.
- B) Para pacientes con incompetencia cronotrópica débense adoptar as funcións sensibles ao ritmo se son de idade avanzada ou presentan escasa actividade física.
- C) Para pacientes en ritmo sinusal, débese preferir o marcapasos bicameral por riba da estimulación ventricular para evitar a síndrome de marcapasos e mellorar a calidade de vida.
- D) En pacientes con fibrilación auricular e bloqueo recoméndase a estimulación cardíaca ventricular con función sensible ao ritmo.

56. En cal dos seguintes supostos NON é mellor a revascularización cirúrxica fronte á percutánea en pacientes con cardiopatía isquémica estable segundo as guías Europeas de revascularización de 2018?

- A) Paciente con lesión de tronco principal esquerdo e SYNTAX score de 30
- B) Paciente fumador sen outros factores de risco cardiovascular con enfermidade de tres vasos e SYNTAX score de 22
- C) Paciente fumador sen outros factores de risco cardiovascular e con lesión de arteria descendente anterior proximal e enfermidade de dous vasos
- D) Paciente diabético con enfermidade de tres vasos e SYNTAX score de 23

57. En relación co diagnóstico e tratamento da anxina microvascular, sinala a resposta **CORRECTA**:

- A) Os pacientes con anxina microvascular presentan tipicamente anxina relacionada co exercicio, evidencia de isquemia en probas non invasivas, incluídas alteracións rexionais da contractilidade do VI nas probas de esforzo ou tensión, e ausencia de estenose ou estenoses leves ou moderadas (40–60%) consideradas funcionalmente non relevantes.
- B) Pode ser debida a un problema intrínseco da microcirculación (proba de provocación con acetilcolina normal anormal) ou a unha disfunción endotelial (reserva de fluxo coronario anormal menor de 2,0 ou índice de resistencia da microcirculación maior ou igual a 25 unidades).
- C) Se a proba de provocación con acetilcolina é anormal, o tratamento debe ser con bloqueadores beta, inhibidores da enzima de conversión da angiotensina e estatinas.
- D) En pacientes con anxina microvascular, as alteracións na microcirculación asócianse cun exceso de eventos a longo prazo, e en pacientes diabéticos con disfunción microvascular documentada o pronóstico é equiparable ao de pacientes con estenoses coronarias significativas.

58. Cal dos seguintes datos NON esperaría atopar nunha miocardiopatía non compactada?

- A) Fracción de exección do VI menor do 50%.
- B) Historia familiar de morte súbita.
- C) Electrocardiograma anormal.
- D) Pelo lanoso e hiperqueratose palmo-plantar.

59. Varón de 49 anos, obeso, diabético a tratamento con metformina, con enfermidade arterial periférica e cardiopatía isquémica previa revascularizada percutáneamente hai 2 anos (stent en coronaria dereita), sen outros factores de risco cardiovascular coñecidos nin ningún outro antecedente médico-cirúrxico de interese, nin anemia nin insuficiencia renal, que ingresa por IAMCEST anterior, con oclusión trombótica da descendente anterior proximal. Tras a realización de tromboaspiración e recuperación do fluxo coronario, obxetívanse lesións na descendente anterior proximal, media e distal, que se tratan con implante de 3 stents farmacoactivos (3.5x20 mm, 3x28 mm, 2.5x18 mm). En sala de hemodinámica o paciente entra en fibrilación auricular, chegando á unidade coronaria no devandito ritmo. Páutase perfusión de amiodarona intravenosa, pasando a ritmo sinusal ao cabo de 2 horas. En ecocardiograma función sistólica ventricular esquerda conservada, sen valvulopatías relevantes e cunha aurícula esquerda non dilatada. En relación co manexo antitrombótico deste paciente e seguindo as directrices da Sociedade Europea de Cardioloxía de Fibrilación Auricular, ano 2020, sinala a resposta MÁIS adecuada:

- A) Anticoagulación de forma indefinida, preferiblemente cun ACOD na dose recomendada para a prevención de embolias en pacientes con fibrilación auricular, AAS entre 1 semana e 1 mes, e clopidogrel durante 1 ano.
- B) Anticoagulación de forma indefinida, preferiblemente cun ACOD na dose baixa, e prasugrel ou ticagrelor durante 1 ano.
- C) Anticoagulación de forma indefinida, preferiblemente cun ACOD na dose alta, e clopidogrel durante 1 ano.
- D) Dobre antiagregación con AAS e ticagrelor ou prasugrel durante 1 ano, sen necesidade de anticoagulación (fibrilación auricular de menor de 3 horas de duración secundaria á fase aguda do infarto).

60. Cal das seguintes é a MENOS correcta en relación co tratamento da estenose mitral segundo as últimas guías da AHA/ACC de valvulopatías?

- A) En pacientes en clase funcional II, III ou IV da NYHA con área valvular mitral menor ou igual a 1,5 cm<sup>2</sup> estadio D, con insuficiencia mitral menor que moderada e morfoloxía valvular favorable recoméndase comisurotomía mitral percutánea nun Centro experto en valvulopatías
- B) En pacientes en clase funcional III ou IV da NYHA con área valvular mitral menor ou igual a 1,5 cm<sup>2</sup> estadio D con insuficiencia mitral menor que moderada que non sexan candidatos a comisurotomía percutánea a cirurxía mitral está indicada
- C) En pacientes asintomáticos con área valvular mitral menor ou igual a 1,5 cm<sup>2</sup> estadio C, con insuficiencia mitral menor que moderada, presións pulmonares elevadas (presión sistólica de arteria pulmonar maior de 50 mmHg, en ausencia de trombo en "orejuela" é razoable indicar unha comisurotomía mitral nun Centro experto en valvulopatías
- D) En pacientes en clase funcional II, III ou IV da NYHA con área valvular mitral maior de 1,5 cm<sup>2</sup> estadio D, insuficiencia mitral menor que moderada con evidencia de presión da arteria pulmonar maior de 25 mmHg ou gradiente medio maior de 15 mmHg durante o exercicio e confirmado que todos os requisitos necesarios precomisurotomía se cumpren pódese considerar a comisurotomía mitral nun Centro experto en valvulopatías

61. Para o tratamento da taquicardia ventricular monomorfa sostida con boa tolerancia hemodinámica:

- A) A procainamida é máis eficaz en finalizar os episodios de taquicardia ventricular que a amiodarona, excepto naqueles pacientes con cardiopatía estrutural.
- B) A amiodarona intravenosa debe considerarse para pacientes con sospeita de isquemia.
- C) A lidocaina intravenosa é moi efectiva en pacientes que se presentan con TV monomórfica en contexto de isquemia.
- D) O sotalol é eficaz para suprimir a arritmia ventricular, pero está contraindicado en pacientes con cardiopatía isquémica.

62. En relación co risco cardiovascular dos pacientes que reciben terapia oncolóxica, sinala a resposta FALSA:

- A) Os pacientes que sobreviven ao cancro despois dun tratamento con quimioterapia ou radioterapia teñen un maior risco de enfermidade cardiovascular. É por iso que se debe considerar a optimización do perfil de risco cardiovascular dos pacientes en tratamento oncolóxico.
- B) O aumento da incidencia de enfermidade cardiovascular en pacientes oncolóxicos non se correlaciona cos tratamentos administrados (a súa combinación) e as doses.
- C) A presenza de factores de risco cardiovascular convencionais en pacientes con cancro aumenta aínda máis o risco cardiovascular.
- D) A cardiotoxicidade por radioterapia de tórax pode inducir dano tanto microvascular como macrovascular, acelerando a aterosclerose.

63. Paciente de 61 anos con taquicardia rítmica de QRS estreito que termina cunha onda P xusto tras o último QRS, entrando tras iso en ritmo sinusal. Cal dos seguintes diagnósticos considera como MÁIS probable?

- A) Taquicardia por reentrada do nodo aurículo-ventricular común.
- B) Taquicardia auricular focal.
- C) Taquicardia ectópica da unión.
- D) Flutter auricular.

64. En relación co uso de probas por imaxe para o diagnóstico inicial de pacientes sintomáticos con sospeita de enfermidade coronaria estable (guías ESC 2019), sinala a resposta FALSA:

- A) Recoméndase o uso de probas de imaxe funcional non invasivas para a detección de isquemia miocárdica cando a angiografía por tomografía computarizada mostrase enfermidade coronaria de importancia funcional indeterminada ou cando non sexa diagnóstica.
- B) Recoméndase a angiografía invasiva como proba alternativa para o diagnóstico de enfermidade coronaria en pacientes cunha probabilidade clínica alta e síntomas graves e refractarios a tratamento médico ou anxina típica a niveis baixos de esforzo e unha avaliación clínica que indique un risco alto de eventos. Debe estar dispoñible a avaliación invasiva funcional para avaliar a estenose antes da revascularización, excepto en casos de estenose de grao moi alto (estenose maior de 90% do diámetro).
- C) Recoméndase a detección de calcio coronario por TAC para identificar os individuos con enfermidade coronaria obstructiva.
- D) Non se recomenda a angiografía por tomografía computarizada en caso de calcificación coronaria extensa, frecuencia cardíaca irregular, obesidade significativa, incapacidade do paciente para cooperar aguantando a respiración ou outra condición que dificulte a adquisición de imaxes de boa calidade.

65. Cal das seguintes afirmacións é a MÁIS correcta en relación ao tratamento da hipercolesterolemia en diferentes grupos de risco segundo as Guías de manexo de Dislipemias de Sociedade Europea de Cardiología de 2019?

- A) Os pacientes con enfermidade renal grao 2-5 son considerados de risco alto ou moi alto en relación co tratamento dos niveis de colesterol
- B) Os niveis de colesterol-LDL moi baixos conseguidos co uso combinado de estatinas, ezetimibe e PCSK9 reducen a necesidade de novas revascularizacións só en pacientes de alto risco
- C) En pacientes con hipercolesterolemia familiar, enfermidade cardiovascular e moi alto risco pode considerarse reducir os niveis de colesterol-LDL á metade dos basais cun obxectivo de colesterol-LDL menor de 55mg/dl
- D) Recoméndanse as estatinas como primeiro fármaco de elección para reducir o risco cardiovascular en pacientes de alto risco con hipertrigliceridemia (niveis de triglicéridos maior de 200mg/dl)

66. Cando podemos considerar unha miocardiopatía dilatada como familiar en ausencia de estudo xenético?  
Sinale a resposta VERDADEIRA:

- A) Todas as miocardiopatías dilatadas son familiares por definición.
- B) Só se o paciente ten unha miocardiopatía dilatada e varias mortes súbitas na familia independentemente da idade ás que se produciron.
- C) Cando o caso índice ten a FEVI menor ao 12% xa se considera familiar.
- D) Cando o caso índice cumpra cos criterios diagnósticos para MCD ou miocardiopatía non dilatada hipoquinética e teña un familiar de primeiro grao con autopsia que demostre MCD e morte súbita con menos de 50 anos.

67. Respecto ás guías de dislipemias da Sociedade Europea de Cardiología de 2016 as de 2019 propoñen (marcar a MÁIS correcta):

- A) A cuantificación da Lp(a) pode considerarse polo menos unha vez na vida nun individuo adulto para identificar a aqueles cunha concentración elevada de Lp(a) maior de 180 mg/ dL (maior de 430 nmol/L) que poden ter un risco para sempre de enfermidade cardiovascular aterosclerótica equivalente ao asociado a hipercolesterolemia familiar heterozigota
- B) En prevención primaria deberíase considerar unha redución do LDL-colesterol maior ou igual ao 50% do valor basal e un obxectivo de LDL-colesterol menor de 1,4 mmol/l (menor de 55mg/dl) para os individuos con hipercolesterolemia familiar e risco moi elevado
- C) En pacientes diabéticos pode considerarse aumentar a dose de estatina antes de iniciar a terapia combinada
- D) Débese considerar a avaliación do score de calcio coronario mediante TAC como un modificador do risco na avaliación do risco CV de persoas asintomáticas con risco baixo ou moderado

68. En relación coa trombose protésica, as últimas guías da ACC/AHA de valvulopatías recomendan o seguinte: (sinale a MENOS correcta)

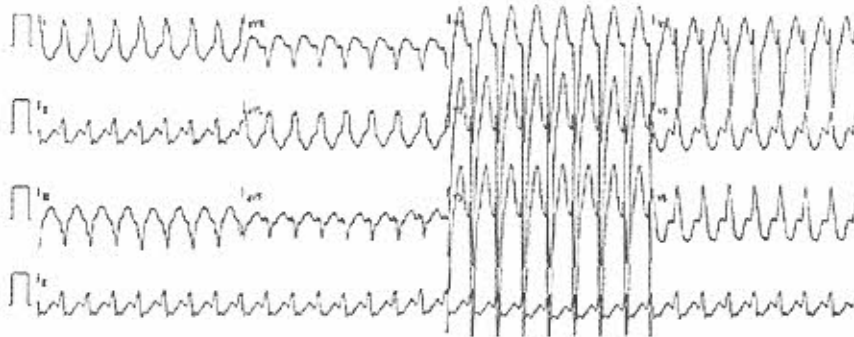
- A) En pacientes con sospeita de trombose bioprotésica hai que realizar un ecocardiograma transesofáxico 3D ou 4D ou cardioCT para descartar a trombose
- B) En pacientes con sospeita de trombose protésica recoméndase o uso de ecocardiograma transtorácico, transesofáxico 3D ou 4D, cardioCT e/fluoroscopia para o diagnóstico
- C) En pacientes sintomáticos con sospeita confirmada de trombose protésica recoméndase o tratamento urxente con fibrinolíticos ou cirurxía
- D) En pacientes con sospeita ou diagnóstico de trombose bioprotésica que están hemodinamicamente estables e non teñen contraindicacións para a anticoagulación é razoable iniciar tratamento con antivitaminas K

69. Dacordo coas "2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management", Cal das seguintes recomendacións NON é certa?

- A) Recoméndase a avaliación clínica e ecocardiográfica en todos os pacientes con enfermidade valvular cardíaca coñecida ou sospeitada, que estean programados para cirurxía non cardíaca electiva de risco intermedio ou alto.
- B) Recoméndase a substitución da válvula aórtica en pacientes sintomáticos con estenose aórtica grave, que están programados para cirurxía electiva non cardíaca, sempre que non teñan un alto risco de complicacións debido á cirurxía valvular.
- C) Débese considerar a cirurxía non cardíaca electiva de risco baixo ou intermedio en pacientes asintomáticos con estenose aórtica grave se non houbo unha intervención previa na válvula aórtica.
- D) Non se debe considerar a cirurxía electiva non cardíaca en pacientes con insuficiencia valvular grave, que non teñen insuficiencia cardíaca grave ou disfunción do VI.

70. Ante unha taquicardia de complexo QRS ancho en ausencia dun diagnóstico establecido e con estabilidade hemodinámica, recoméndase todo o seguinte, EXCEPTO:

- A) Recoméndanse manobras vagais en posición supina con elevación das pernas.
- B) Débese considerar a adenosina se as manobras vagais fracasan e non hai preexcitación no ECG en repouso.
- C) Débese considerar a procainamida (i.v.) se as manobras vagais e a adenosina fracasan.
- D) Pódese considerar o verapamilo (i.v.) se as manobras vagais e a adenosina fracasan.



71. Varón de 41 anos, sen antecedentes médico-cirúrxicos de interese, que consulta en urxencias por cadro de palpitacións rápidas de inicio súbito dunha hora de duración. Estable hemodinamicamente. Realízase ECG en urxencias documentándose a taquicardia a 190 lpm, con QRS ancho e morfoloxía de bloqueo de rama esquerda (ver figura). Iniciouse tratamento con amiodarona con progresión a 230 lpm, taquicardia de QRS ancho con múltiples morfoloxías, seguida de conversión espontánea a ritmo sinusal, intervalo PR normal e patrón rS na derivación dIII. O ecocardiograma foi normal, sen evidencia de cardiopatía estrutural. O estudo electrofisiolóxico demostrou a presenza dunha vía accesoria, pero con condución decrecente anterógrada e sen condución retrógrada. Cal é o diagnóstico MÁIS probable?

- A) Taquicardia por vía accesoria típica oculta.
- B) Taquicardia mediada por vía Mahaim.
- C) Taquicardia ventricular do tracto de saída do ventrículo dereito.
- D) Taquicardia ventricular fascicular posterior.

72. Respecto á taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC), sinala a resposta FALSA:

- A) A TVPC diagnósticase en presenza dun corazón estruturalmente normal, electrocardiograma normal e a presenza dunha taquicardia ventricular bidireccional ou polimórfica inducida polo exercicio ou a emoción.
- B) A TVPC diagnósticase en pacientes que son portadores dunha mutación patóxena nos xenes RyR2 ou CASQ2.
- C) A terapia con betabloqueantes só debe ser considerada para portadores dunha mutación patóxénica, se presentan extrasistolia ventricular frecuente durante unha proba de exercicio, pero non en aqueles que presentan unha proba negativa.
- D) Restrición de exercicio e betabloqueantes sen actividade simpático-mimética intrínseca son a primeira liña de tratamento.

73. De acordo coas "2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management", cal das seguintes afirmacións NON ten nivel de recomendación I?

- A) Recoméndase a continuación perioperatoria das estatinas, favorecendo as estatinas cunha semivida prolongada ou unha formulación de liberación prolongada.
- B) Recoméndase a continuación perioperatoria de betabloqueantes en pacientes que actualmente reciben este medicamento.
- C) A continuación de IECA ou ARA2, baixo un estreito seguimento, debe realizarse durante a cirurxía non cardíaca en pacientes estables con insuficiencia cardíaca e disfunción sistólica do VI.
- D) As indicacións da angiografía coronaria preoperatoria e revascularización coronaria, son similares aos dos non cirúrxicos.

74. Sinale a afirmación INCORRECTA na pericardite constrictiva:

- A) O alicerce do tratamento é a pericardiectomía.
- B) Na pericardiectomía, as decorticacións deben eliminar tanto pericardio como sexa posible incluíndo todas as capas: parietal e epicárdica.
- C) A toracotomía anterolateral esquerda é unha boa opción para a pericardiectomía.
- D) A pericardiectomía debe realizarse coidadosamente preservando os nervios frénicos.

75. En pacientes con insuficiencia mitral severa secundaria, cal é a opción MENOS correcta segundo as últimas recomendacións da Sociedade Europea de Cardiología? :

- A) Débese considerar a cirurxía en pacientes sintomáticos con insuficiencia mitral severa secundaria, disfunción sistólica de ventrículo esquerdo (fracción de execución menor do 30%) con opción de revascularización e evidencia de viabilidade miocárdica
- B) Débese considerar a cirurxía en pacientes con insuficiencia mitral severa secundaria, disfunción sistólica de ventrículo esquerdo (fracción de execución maior do 30%) nos que persisten síntomas a pesar de tratamento médico óptimo
- C) Pódese considerar a reparación mitral bordo-bordo en pacientes con insuficiencia mitral severa secundaria, disfunción sistólica de ventrículo esquerdo (fracción de execución maior do 30%) nos que non está indicada a revascularización, persisten con síntomas a pesar de tratamento médico óptimo, teñen morfoloxía idónea para o procedemento segundo o ecocardiograma e o procedemento non é fútil
- D) A cirurxía mitral está indicada en pacientes con insuficiencia mitral severa secundaria que se van a intervir de by-pass aortocoronario e teñen fracción de execución de ventrículo esquerdo maior do 30%

76. Nas últimas guías da ACC/AHA de valvulopatías, recoméndanse o seguintes test de estrés diagnósticos en pacientes con estenose aórtica EXCEPTO:

- A) En pacientes sintomáticos con estenose aórtica severa (estadio D1) velocidade aórtica maior ou igual a 4 m/s, ou gradiente medio maior ou igual a 40 mmHg, non se deben realizar test de esforzo polo alto risco de compromiso hemodinámico severo
- B) En pacientes con sospeita de estenose aórtica severa con baixo fluxo baixo gradiente con función sistólica de ventrículo esquerdo normal ou reducida (estadios D2 e D3) é razoable calcular a relación entre a velocidade do fluxo no tracto de saída e a través da válvula aórtica para definir mellor a severidade da estenose
- C) En pacientes con sospeita de estenose aórtica con baixo fluxo baixo gradiente con función sistólica reducida (Estadio D2) está indicado realizar un ecocardiograma con dobutamina para definir a severidade da estenose e valorar a reserva contráctil
- D) En pacientes con sospeita de estenose aórtica con baixo gradiente baixo fluxo con función sistólica reducida ou normal (estadios D2 e D3) pódese medir o score dá calcio aortico con TAC para definir o grao de severidade da estenose

77. Sinale, segundo as "2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease", a afirmación FALSA. Na miocardiopatía hipertrófica:

- A) Algúns deportes, como o fútbol e o baloncesto, asóciáanse a máis risco de morte súbita.
- B) A idade media das mortes súbitas en pacientes con miocardiopatía hipertrófica nas series americanas é de máis de 18 anos.
- C) Segundo evidencias recentes, o risco de morte súbita en pacientes con miocardiopatía hipertrófica durante exercicio pode ser máis baixo que o inicialmente considerado.
- D) Os pacientes con miocardiopatía hipertrófica apuntados en programas de rehabilitación cardíaca melloran a súa capacidade funcional sen presentar eventos.

78. En relación co uso de cangrelor en pacientes con síndrome coronaria aguda que van ser sometidos a intervencionismo coronario percutáneo, sinale a resposta CORRECTA:

- A) Débese considerar en pacientes que presentan fenómeno de non-reflow ou unha alta carga trombótica, con independencia de que fosen pretratados ou non cun inhibidor P2Y12.
- B) Pode ser considerado en pacientes que non foron pretratados cun inhibidor P2Y12.
- C) Tras o emprego de cangrelor, débese esperar polo menos 6 horas para iniciar o tratamento cun inhibidor P2Y12.
- D) Adminístrase en bolo cunha dose axustada ao peso do paciente, sen necesidade de perfusión continua, sendo o seu inicio de acción inmediato, en menos de 10 minutos.

79. En qué nivel INTERMACS se encontra un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada, estable, pero dependente de inotrópicos?:

- A) INTERMACS 1.
- B) INTERMACS 2.
- C) INTERMACS 3.
- D) INTERMACS 4.

80. Respecto á masaxe do seno carotídeo, sinala a opción INCORRECTA:

- A) Está indicado en maiores de 40 anos con síncope de orixe descoñecido compatible con mecanismo reflexo.
- B) Defínese hipersensibilidade do seno carotídeo cando aparece unha pausa superior a 6 segundos e/ou unha caída da presión arterial sistólica de máis de 50 mmHg.
- C) As principais complicacións son neurolóxicas.
- D) Unha masaxe con reprodución de síntomas e asistolia documentada require a repetición do test trala administración de atropina para diferenciar formas mixtas de formas puramente cardioinhibidoras.

81. En pacientes con enfermidade renal crónica avanzada (estadios 3b e 4), cal das seguintes medidas ten un maior peso de evidencia para a prevención de nefropatía inducida por contraste?:

- A) Hidratación con soro salino isotónico periprocedemento o se o volume esperado de contraste é maior de 100 ml.
- B) Uso de contraste hipoosmolar ou isoosmolar.
- C) Pretratamento con doses altas de estatina (rosuvastatina 40/20 mg ou atorvastatina 80 mg) en pacientes sen tratamento previo.
- D) As opcións A e B son correctas.

82. Segundo o "2019 HRS Expert Consensus Statement on Evaluation, Risk Stratification, and Management of Arrhythmogenic Cardiomyopathy" nun paciente cunha miocardiopatía arritmoxénica e FEVI do 40% está indicado implante dun DAI, como prevención primaria de morte súbita, cando é portador dunha variante patoxénica nun dos seguintes xenes, EXCEPTO:

- A) LMNA A/C (Lamina cardíaca).
- B) PLN (Fosfolamban).
- C) FLNC (Filamina C).
- D) DSP (Desmoplaquina).

83. Respecto aos cambios electrocardiográficos que poden aparecer nunha ergometría, as seguintes afirmacións son correctas EXCEPTO unha:

- A) Considérase que unha ergometría é positiva electrocardiograficamente para isquemia cando se detecta unha depresión horizontal ou descendente do segmento ST maior a 1 mm medida a 60-80 milisegundos do punto J.
- B) Os descenso do segmento ST non localizan a rexión isquémica.
- C) Os descenso do segmento ST ascendentes, menos específicos, considéranse positivos cando son maiores de 2 mm aos 80 milisegundos do punto J.
- D) O índice ST/FC (descenso do segmento ST corrixido pola frecuencia cardíaca) aumenta a sensibilidade diagnóstica porque permite discriminar falsos positivos en casos dubidosos con morfoloxía ascendente do segmento ST.

84. Nun paciente en shock cardioxénico con diagnóstico confirmado por biopsia endomiocárdica de miocardite por células xigantes, cal das seguintes opcións é INCORRECTA?:

- A) Debe iniciarse canto antes a terapia inmunosupresora, neste caso globulina antitimocítica e un anticalcineurínico.
- B) Pasada a fase aguda, deben pautarse corticoides vía oral durante os primeiros meses, con descenso progresivo ao longo do primeiro ano.
- C) Existe un risco alto de arritmias ventriculares e recoméndase implantar un desfibrilador en todos os casos, incluso aqueles nos que se recupere a función ventricular.
- D) En casos de transplante cardíaco, non se describiron recurrencias da miocardite no enxerto.

85. No grupo de pacientes de baixo risco do estudo PESA a aterosclerose subclínica aparece ata nun 49,7% cal dos seguintes factores de risco cardiovascular mostrou asociación coa presenza de enfermidade cardiovascular?

- A) O sexo feminino, a idade, a hipertensión arterial e a HbA1c
- B) O sexo masculino, a idade, os niveis de colesterol-LDL e a HbA1c
- C) O sexo masculino, a idade, os niveis de colesterol-HDL e a HbA1c
- D) O sexo masculino, a idade, os niveis de colesterol-LDL, a HTA e a HbA1c

86. Cal das seguintes opcións respecto ao estudo DAPA-HF é INCORRECTA?:

- A) O obxectivo primario foi o combinado de empeoramento de insuficiencia cardíaca (hospitalización ou necesidade de terapia intravenosa) ou morte cardiovascular.
- B) Os achados en diabéticos foron similares aos non diabéticos.
- C) Aproximadamente un 10-11 % de pacientes recibían tratamento con sacubitrilo-valsartan, sen diferencias entre ambos grupos do estudo.
- D) A fracción de execución dos pacientes incluídos en ambos grupos foi 35 % ou inferior.

87. Varón de 82 anos, con historia de infarto agudo de miocardio hai 18 meses, tratado con rosuvastatina 20 mg/día (dose máxima tolerada polo paciente) e con cifras de LDL-C de 52 mg/dL, que ingresa actualmente por un novo infarto agudo de miocardio sen elevación do segmento ST. En relación co seu tratamento hipolipemiante á alta, considere a resposta MÁIS adecuada en función das guías de práctica clínica da ESC de SCASEST do ano 2020:

- A) Continuar igual, posto que as cifras de LDL-C neste paciente considéranse adecuadas (menor de 55 mg/dL) e non hai evidencia de que cifras máis baixas mostrasen beneficio.
- B) Diminuír a dose de rosuvastatina de 20 mg/día a 10 mg/día, xa que neste caso ata valores de LDL-C de 70 mg/dL considérase adecuado o control lipídico.
- C) Engadir ezetimibe, posto que ao ser un infarto recorrente en menos de 2 anos, poderíase considerar un obxectivo lipídico de LDL-C menor de 40 mg/dL.
- D) Considerar suspender rosuvastatina e iniciar tratamento cun inhibidor de PCSK-9, pois o paciente volveu a ter un novo infarto a pesar de cifras de LDL en rango.

88. Unha das seguintes situacións non provoca un sopro continuo na auscultación cardíaca:

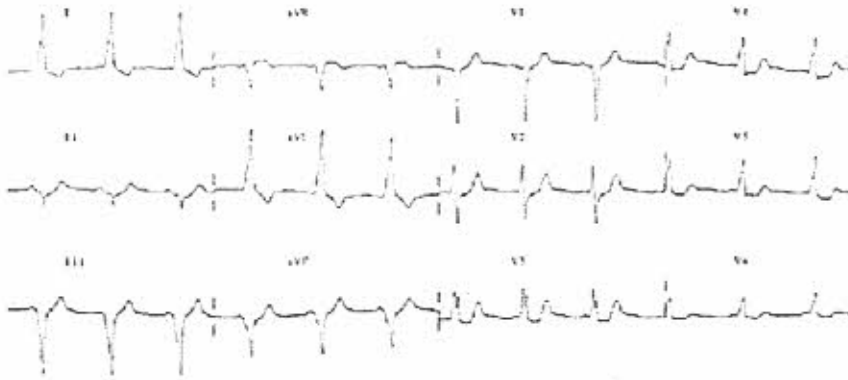
- A) Ductus arterioso permeable.
- B) Rotura de aneurisma do seo de Valsalva.
- C) Fístula arteriovenosa intercostal.
- D) Aumento do fluxo a través dunha válvula tricúspide non estenosada.

89. Sinala a opción INCORRECTA respecto á tomografía de coherencia óptica:

- A) Ofrece unha maior resolución espacial que a ecografía intravascular.
- B) É a única técnica que permite realizar con precisión a medición do grosor da capa fibrosa e detectar calquera aclaración desta, aínda que sexa pequena.
- C) Ten unha boa penetración na parede do vaso, polo que permite avaliar a carga de placa.
- D) Permite caracterizar o tecido neointimal do stent e detectar a presenza de novas aterosclerose.

90. O estudo PARAGON-HF, que avaliou a eficacia e seguridade de sacubitrilo-valsartan en pacientes con insuficiencia cardíaca e fracción de exección preservada, non demostrou unha redución significativa das hospitalizacións por insuficiencia cardíaca e morte por causa cardiovascular en pacientes cunha fracción de exección igual ou superior ao:

- A) 40 %.
- B) 45 %.
- C) 50 %.
- D) 55 %.



91. En base ao ECG mostrado dun paciente con vía accesoria, cal considera que é a localización MÁIS probable:

- A) Antero-septal esquerda.
- B) Postero-lateral esquerda.
- C) Antero-septal dereita.
- D) Postero-septal dereita.

92. Sinala a resposta INCORRECTA para a amiloidose cardíaca TTR "wild type":

- A) As baixas voltaxes no electrocardiograma son o achado máis frecuentemente observado nesta patoloxía.
- B) Afecta predominantemente a homes.
- C) Pode presentar o "signo de Popeye".
- D) A Gammagrafía cardíaca con DPD é diagnóstica se presenta captación tipo 2 ó 3 e non ten cadeas lixeiras nin compoñente monoclonal.

93. En relación coas complicacións da anticoagulación en pacientes con próteses valvulares segundo o publicado nas últimas guías de valvulopatías da AHA/ACC sinala o MENOS correcto

- A) En pacientes con bioprótese ou anuloplastia que están tratados con ACODS e precisan reversión da anticoagulación por un sangrado non controlable é razoable o tratamento con idarazicumab (para o dabigatran) ou con axentes anti factor Xa
- B) En pacientes con próteses mecánicas aórticas bidisco sen factores de risco para tromboembolismo que van someterse a procedementos invasivos recoméndase a interrupción temporal da anticoagulación con antivitamina K e rangos de INR subterapéuticos sen outros tratamentos ponte
- C) En pacientes con bioprótese ou anuloplastia que ten anticoagulación por unha fibrilación auricular e van ser sometidos a procedementos invasivos é razoable considerar a necesidade dunha ponte de tratamento anticoagulante considerando o CHA2DS2-VASc score fronte ao risco de sangrado
- D) Os pacientes con próteses mecánicas e índices de INR maior de 5.0 sen sangrado activo beneficianse de individualizar o tratamento con antivitamina K oral

94. Segundo as últimas guías da sociedade europea de cardioloxía para o diagnóstico e manexo do síncope, nun paciente con síncope inexplicado e bloqueo bifascicular, cunha fracción de execución do ventrículo esquerdo do 40 %, cal das seguintes sería a opción MÁIS indicada?:

- A) Implantar un desfibrilador.
- B) Implantar un Holter subcutáneo.
- C) Implantar un marcapasos.
- D) Indicar un estudo electrofisiolóxico.

95. Cal dos seguintes NON é predictor de complicacións no hematoma intramural aórtico segundo as Guías de Patoloxía da Aorta de 2014 da Sociedade Europea de CardioloXía?

- A) Mal control tensional
- B) Diámetro aórtico máximo maior de 45 mm
- C) Espesor máximo progresivo da parede aortica maior de 11 mm
- D) Derramo pleural recorrente

96. Muller de 41 anos, sen ningún factor de risco adicional cardioembólico nin hemorráxico, que refire desde o domingo ás 8 da mañá sensación continua de palpitacións, acudindo a urxencias o luns ás 9 da mañá por devandito motivo, documentándose en ECG fibrilación auricular non coñecida previamente con frecuencia cardíaca ao redor de 120 lpm. Tras administrar bisoprolol vía oral e flecainida intravenosa, a paciente permanece en fibrilación auricular. Avisase á garda de cardioloXía ás 12:30 da mañá con vistas a considerar cardioversión eléctrica. De acordo coas recomendacións actuais das guías de práctica clínica, cal das seguintes opcións é a MÁIS adecuada en relación co manexo da paciente, tendo en conta as guías de fibrilación auricular da Sociedade Europea de CardioloXía de 2020:

- A) Para proceder á cardioversión en urxencias débese realizar ETE. Se se descartan trombos pódese proceder á cardioversión, anticoagulando á paciente durante as 4 semanas seguintes.
- B) Para proceder á cardioversión en urxencias débese realizar ETE. Se se descartan trombos pódese proceder á cardioversión, anticoagulando á paciente xusto antes do procedemento sen necesidade de anticoagulación posterior.
- C) Pódese proceder á cardioversión en urxencias sen necesidade de realizar ETE, iniciando a anticoagulación antes do procedemento e manténdoa durante 4 semanas.
- D) Pódese proceder á cardioversión en urxencias sen necesidade de realizar ETE, con anticoagulación antes do procedemento (pre-cardioversión) sen necesidade de anticoagulación posterior.

97. Dentro das recomendacións para o diagnóstico e manexo da enfermidade arterial periférica en pacientes con diabetes, segundo as guías "2019 ESC guidelines on diabetes, prediabetes and cardiovascular diseases", todo é certo EXCEPTO:

- A) En pacientes con DM e enfermidade arterial periférica sintomática crónica sen alto risco hemorráxico, unha combinación de rivaroxabán a doses baixas (2,5 mg dúas veces ao día) e aspirina (100 mg unha vez ao día) pode ser considerada (Indicación IIaB).
- B) En caso dun índice nocello-brazo elevado (maior de 1,40), están indicadas outras probas non invasivas, como índice dedo do pé/brazo ou ecografía doppler.
- C) Un índice nocello-brazo menor de 1,40 é diagnóstico de enfermidade arterial periférica, independentemente dos síntomas.
- D) A ecografía doppler está indicada como o método de imaxe de primeira liña para avaliar a anatomía e o estado hemodinámico das arterias das extremidades.

98. Sinala en cal das seguintes circunstancias NON está indicado implantar un desfibrilador automático implantable en prevención primaria:

- A) A pacientes asintomáticos con síndrome de QT longo que non toleren B-bloqueantes.
- B) A pacientes con miocardiopatía por Chagas con FEVI menor do 40%.
- C) A pacientes con síndrome de Brugada tipo 1 e historia de síncope.
- D) A pacientes portadores de mutacións patoxénicas nos xenes RyR2 ou CASQ2 e historia de síncope recorrentes a pesar de tratamento con B-bloqueantes.

99. En relación coa clínica asociada á disección aórtica Cal das seguintes é a MÁIS correcta segundo se indica nas Guías de Patoloxía da Aorta de 2014 da Sociedade Europea de CardioloXía?

- A) A segunda causa de morte na disección aórtica é a insuficiencia aórtica secundaria á disección
- B) A dor torácica é o síntoma máis frecuente localizándose nun 80 % dos casos no tórax e un 20% a nivel abdominal
- C) O 30 % dos pacientes con disección aórtica presentan isquemia miocárdica ou infarto por compresión ou obliteración dos ostium coronarios ou por propagación da disección á árbore coronaria
- D) Os síntomas neurolóxicos aparecen ata nun 35 -50% dos casos sendo habitualmente transitorios e poden dominar o cadro clínico enmascarando a verdadeira causa dos mesmos.

100. Paciente de 80 anos con fibrilación auricular permanente CHA2DS2-VASC 3 puntos e HASBLED 4 puntos, con aclaramiento de creatinina de 40 ml/min, anticoagulado con edoxabán 30 mg/día, fármaco que toma pola mañá. Vai someterse a un implante de marcapasos. Cal debería ser a recomendación en relación coa suspensión da terapia anticoagulante?

- A) Suspensión 48 horas antes e reiniciar 24 horas despois, en caso de non presentar sangrado.
- B) Suspensión 36 horas antes e reiniciar 24 horas despois, en caso de non presentar sangrado.
- C) Suspensión 36 horas antes e reiniciar 48 horas despois, en caso de non presentar sangrado.
- D) Non dar o día do implante do marcapasos e reiniciar ao día seguinte, en caso de non presentar sangrado.

#### Preguntas de reserva

1. Cal das seguintes é CERTA en relación co seguimento dos pacientes asintomáticos con aneurismas de aorta abdominal segundo as Guías de Patoloxía da Aorta de 2014 da Sociedade Europea de CardioloXía?

- A) En pacientes con diámetro de aorta abdominal de 25-30 mm debe realizarse seguimento con ecografía cada 4 anos
- B) En pacientes con diámetro de aorta abdominal de 35-44 mm debe considerarse seguimento con ecografía cada 3 anos
- C) En pacientes con diámetro de aorta abdominal de 40-44 mm debe considerarse seguimento con imaxe cada 2 anos
- D) En pacientes con diámetro de aorta abdominal maior ou igual a 45 mm debe realizarse seguimento anual con imaxe

2. En relación co manexo do flutter auricular dependente do istmo cavotricuspídeo, sinala a resposta FALSA:

- A) Cando o aleteo auricular dependente do istmo cavotricuspídeo prodúcese durante o tratamento con fármacos antiarrítmicos (clase I C ou amiodarona) para a FA, a ablación do istmocavotricuspídeo é unha estratexia razoable para asegurar que se poida continuar o tratamento cos devanditos fármacos.
- B) Os fármacos antiarrítmicos de clase IA e IC, así como os de clase II, xeralmente son eficaces na interrupción do flutter auricular se se administran por vía intravenosa.
- C) A amiodarona pode non ser efectiva de forma aguda para o restablecemento do ritmo sinusal, pero axuda a controlar a frecuencia ventricular se esta é moi alta.
- D) Os fármacos anti-arrítmicos de clase IC non deberían utilizarse en ausencia de fármacos que bloqueen o nodo aurículo-ventricular debido ao risco de redución da frecuencia auricular, que pode resultar nunha condución aurículo-ventricular 1:1.

3. En relación coa avaliación do risco cardiovascular, sinala a resposta CORRECTA dacordo coas recomendacións das guías europeas de prevención cardiovascular de 2016:

- A) Na práctica clínica recoméndase o cribado sistemático con modalidades de imaxe para a predición de futuros eventos cardiovasculares.
- B) Recoméndase o cribado de hipercolesterolemia familiar en todos os menores de 30 anos con historia familiar de enfermidade cardiovascular prematura nun familiar de primeiro grao usando un sistema de puntuación clínico validado.
- C) Débese considerar a avaliación de factores de risco cardiovascular e signos ou síntomas de enfermidade cardiovascular en homes con disfunción eréctil.
- D) Recoméndase repetir a avaliación do risco cardiovascular cada 2 anos para pacientes de baixo ou moderado risco cardiovascular.

4. Respecto ás definicións empregadas no estudo da morte súbita, segundo "2020 APHS/HRS Expert Consensus Statement on the Investigation of Decedents With Sudden Unexplained Death", hai unha das seguintes que é FALSA:

- A) A morte súbita cardíaca ("Sudden cardiac death") é a morte que ocorre dentro de 1 hora do inicio dos síntomas en casos presenciados, e dentro das 24 horas posteriores á última vez que se lle viu vivo, cando non foi presenciada.
- B) A síndrome de morte súbita arrítmica ("Sudden arrhythmic death (syndrome)"; SAD[S]) é a morte súbita inexplicable que ocorre nunha persoa maior de 1 ano con valoración patolóxica e toxicolóxica negativa.
- C) Síndrome de morte súbita inexplicable ("Sudden unexplained death (syndrome) (SUD[S]) é a morte súbita inexplicable que ocorre nunha persoa maior de 14 anos.
- D) A morte súbita inexplicable en epilepsia ("Sudden unexplained death in epilepsy"; SUDEP) é a morte súbita e inesperada, non traumática e sen afogamento dunha persoa con epilepsia, sen unha causa toxicolóxica ou anatómica de morte detectada durante o exame post mortem.

5. Cal das seguintes afirmacións é FALSA segundo o publicado nas últimas guías de valvulopatías da AHA/ACC?

- A) A evidencia é limitada en relación coa mellora da supervivencia en pacientes sintomáticos con insuficiencia mitral secundaria aos que se realiza cirurxía valvular mitral
- B) As publicacións existentes apuntan a unha falta de beneficio da reparación mitral sobre a substitución na insuficiencia mitral secundaria fronte á primaria con menos durabilidade da reparación na secundaria
- C) A durabilidade da reparación mitral na insuficiencia mitral secundaria depende primariamente da regresión ou progresión da dilatación ventricular
- D) A dilatación anular secundaria a dilatación de aurícula esquerda pode producir unha insuficiencia mitral secundaria tanto en pacientes con función sistólica preservada como reducida.

6. En relación co manexo dunha muller con valvulopatía que quere quedar embarazada ou que está embarazada, as últimas guías de valvulopatías da AHA/ACC recomendan:

- A) Nas mulleres embarazadas que están diagnosticadas dunha valvulopatía grave pode considerarse o seguimento durante o embarazo e o parto nun centro terciario aínda que estean asintomáticas e tenan un ecocardiograma de esforzo sen datos de risco
- B) Nas mulleres con valvulopatía severa que estean a considerar un embarazo é razoable realizar un eco de esforzo para valorar o risco do mesmo
- C) Nunha muller embarazada con valvulopatía é razoable o tratamento con betabloqueantes para control de frecuencia cardíaca ou arritmias
- D) En mulleres novas con valvulopatías severas que requiran tratamento cirúrxico prefírese o uso de biopróteses sobre próteses mecánicas

7. En relación coa indicación de intervención da insuficiencia aórtica cal das seguintes é FALSA segundo as últimas guías da ACC/AHA de valvulopatías?

- A) Está indicada en pacientes sintomáticos con insuficiencia aórtica severa independentemente da función sistólica de ventrículo esquerdo
- B) Está indicada en pacientes asintomáticos con insuficiencia aórtica severa, función sistólica conservada (FEVI maior de 55%) e ventrículo esquerdo severamente dilatado (diámetro telesistólico de ventrículo esquerdo maior ou igual a 50 mm ou indexado maior ou igual a 25mm/ m<sup>2</sup>)
- C) Pode considerarse en pacientes con insuficiencia aórtica severa e función sistólica normal en repouso (FEVI maior de 55%), baixo risco cirúrxico con caída progresiva da función en polo menos 3 estudos seriados
- D) Pode considerarse en pacientes con insuficiencia aórtica severa e función sistólica normal en repouso (FEVI maior de 55%), baixo risco cirúrxico con aumento progresivo dos diámetros de ventrículo esquerdo entrando en rangos de severidade (diámetro telediastólico maior de 65 mm)

8. Segundo as guías de insuficiencia cardíaca da sociedade europea de cardioloxía de 2016, en paciente asintomáticos con fracción de exección deprimida, independentemente da súa etioloxía, cal dos seguintes grupos de fármacos pode reducir o risco de insuficiencia cardíaca que requira hospitalización?:

- A) Betabloqueantes.
- B) Inhibidores da enzima de conversión da anxiotensina.
- C) Antagonistas do receptor mineralcorticoide.
- D) Todos os anteriores.

9. Dentro dos criterios maiores que se consideran na estratificación de risco da miocardiopatía arritmoxénica (segundo "2019 HRS Expert Consensus Statement on Evaluation, Risk Stratification, and Management of Arrhythmogenic Cardiomyopathy") NON está:

- A) Inducibilidade de taquicardia ventricular no estudo electrofisiolóxico.
- B) FEVI menor ou igual a 49%.
- C) Taquicardia ventricular non sostida.
- D) Sexo varón.

10. Respecto á nova clasificación da insuficiencia cardíaca de acordo, de acordo cos valores de fracción de exacción (FE), cal das seguintes opcións corresponde cunha insuficiencia cardíaca con fracción de exacción mellorada?:

- A) Paciente de 62 anos con infarto de miocardio, FE basal 32 % e FE de control aos 4 meses tras tratamento óptimo de 43 %.
- B) Paciente de 51 anos con miocardiopatía dilatada de orixe tóxico, FE basal 42 % e FE de control aos 3 meses de 58 %.
- C) Paciente de 68 anos con disfunción sistólica severa por taquimiocardiopatía (FE basal 28 %) e FE de control aos 3 meses de 39 %.
- D) Paciente de 70 anos con estenose aórtica severa con FE basal do 50 % e FE tras recambio valvular do 68 %.