

1. Respecto al manejo quirúrgico de las valvulopatías señale la asociación FALSA:

- a) Miocardiopatía hipertrófica: Técnica de Morrow.
- b) Sustitución de raíz aórtica con reimplante de arterias coronarias: Técnica Bono-Bentall.
- c) Reparación de raíz aórtica mediante reimplante valvular y de arterias coronarias: Técnica DAVID V.
- d) Ampliación del anillo aórtico: Técnica de Cabrol.

2. Respecto a la estenosis aórtica severa asintomática y según las guías de práctica clínica ESC/EACTS 2021. Cuál es la respuesta CORRECTA:

- a) La estenosis aórtica severa asintomática no requiere tratamiento quirúrgico en ningún caso, pero sí seguimiento estrecho ecocardiográfico y clínico cada 3 meses.
- b) Actualmente y según las últimas publicaciones las guías recomiendan intervenir de forma percutánea (TAVI) a los pacientes con estenosis aórtica severa asintomática si el score de calcio es mayor de 1020 UA en mujeres.
- c) Está contraindicado realizar pruebas de estrés a pacientes con estenosis aórtica severa por el riesgo de eventos adversos mayores (1% mortalidad).
- d) La edad avanzada, la hipertrofia severa y la concentración anormal de fetuina A son predictores de aparición de síntomas en pacientes con estenosis aórtica severa asintomática y por lo tanto marcadores de riesgo a tener en consideración a la hora de tomar decisiones en estos pacientes.

3. Respecto al tratamiento de la estenosis aórtica severa en paciente >75 años de bajo riesgo y la elección de la modalidad de tratamiento: cirugía abierta mediante SVAo vs abordaje percutáneo mediante TAVI. Señale la respuesta CORRECTA:

- a) Riesgo quirúrgico bajo+edad avanzada+hipertrofia septal severa con obstrucción dinámica: SVAo.
- b) Riesgo quirúrgico bajo+edad avanzada+ altura coronaria a TCI 9mm: TAVI.
- c) Riesgo quirúrgico intermedio+altura coronaria 8mm a CD + válvula bicúspide: TAVI.
- d) Riesgo bajo+radioterapia previa+altura coronaria 11mm de TCI: SVAo.

4. Paciente de 45 años que consulta por screening familiar con padre afecto de aortopatía bicúspide intervenido de disección aórtica tipo1. EF sin hallazgos de interés. TA 120/60.

ECG: RS sin alteraciones. Rx tórax: normal.

Ecocardiograma: válvula aórtica bicúspide fenotipo 0 normofuncionante con orientación a 180° las comisuras, con altura geométrica de ambos velos 20mm y altura efectiva de 10mm. Raíz aortica 51mm a nivel de senos con UST 39mm, ascendente 38mm. Cayado aórtico mal visualizado.

Respecto al manejo de ese paciente, responda la respuesta CORRECTA:

- a) Dado que está asintomático y la válvula es normofuncionante, le indicaría seguimiento estrecho cada 3 meses y haría un TAC para visualizar la aorta.
- b) Dado que esta asintomático y la válvula es normofuncionante tipo 0 no es necesario realizar en este momento TAC para valorar aorta ya que la raíz está bien visualizada por ecocardiografía.
- c) Dado que la raíz esta dilatada y en este caso existe indicación de cirugía electiva, completaría el estudio con TAC de aorta sincronizado para valorar arterias coronarias y aorta, con el fin de plantear cirugía conservadora con técnica de reimplante/remodelado valvular.
- d) Dado que la raíz esta dilatada y en este caso existe indicación de cirugía electiva completaría el estudio con TAC de aorta sincronizado para valorar arterias coronarias y aorta con el fin de plantear cirugía mediante sustitución de raíz aortica sin implicar el tratamiento de la válvula.

5. Respecto a el tratamiento de la estenosis mitral reumática, señale la respuesta CORRECTA:

- a) La prevalencia actual de la estenosis mitral reumática es muy baja y es casi anecdótica en nuestra comunidad foral.
- b) Se define como estenosis mitral severa cuando el gradiente medio mitral es $>6\text{mmhg}$ y/o área valvular planimetrada es $< 1,6\text{cm}^2$.
- c) La presencia de área valvular mitral $> 1,5\text{cm}^2$ es una contraindicación para comisurotomía mitral percutánea pero relativa y condicionada a la evaluación clínica de los síntomas.
- d) La presencia de score Wilkins de 12/14 indica que la válvula es favorable para tratamiento mediante comisurotomía percutánea.

6. Respecto a los tumores cardíacos. Responda la respuesta FALSA:

- a) La localización más frecuente del mixoma es a nivel de la fosa oval y en el lado izquierdo.
- b) Respecto a la caracterización tisular el mejor caracterizado mediante resonancia cardíaca es el fibroelastoma que es hiperintenso en T1 y sin realce tardío de yodo.
- c) Los tumores malignos primarios cardíacos se localizan con mayor frecuencia en cavidades derechas.
- d) El lipoma es hiperintenso en secuencias T 1 con UH (-) en TAC e hiperecogénico en ecocardiograma.

7. Respecto al manejo de la insuficiencia mitral primaria crónica grave y según las guías ESC/EACTS de valvulopatías. Señale la respuesta FALSA:

- a) La cirugía mediante reparación valvular mitral es la técnica recomendada en pacientes que se espera resultados duraderos.
- b) Existe indicación quirúrgica en pacientes con insuficiencia mitral grave asintomáticos con FVI $<60\%$.
- c) En pacientes asintomáticos con FVI $>60\%$ DTSVI $>39\text{mm}$ con AI $>40\text{mm}$ y probabilidad alta de reparación valvular existe indicación de cirugía clase IA.
- d) En pacientes inoperables o riesgo Q no aceptable y que cumplan parámetros anatómicos favorables, si no son fútiles se puede considerar terapia borde-borde.

8. Respecto a la miocardiopatía periparto (MCP), señale la respuesta FALSA:

- a) Entre los criterios diagnósticos están: IC secundaria a dilatación VI y FEVI <45%, en torno al final del embarazo y en los meses siguientes al parto y ausencia de otras causas que justifiquen el cuadro.
- b) En casos de fracción de eyección muy reducida se recomienda anticoagulación profiláctica.
- c) En casos de MCP aguda grave la adición de Bromocriptina al tratamiento estándar de la insuficiencia cardíaca puede mejorar la recuperación de la función ventricular izquierda.
- d) En los casos en que se recupere la función ventricular, debe mantenerse el tratamiento al menos seis meses.

9. Mujer de 55 años de edad, menopausia de 2 años de evolución sin tratamiento hormonal sustitutivo, hipercolesterolemia e HTA controladas con medidas higiénico-dietéticas. Diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izda., receptores hormonales positivos y HER2 positivo. Se indica tratamiento quirúrgico seguido de quimioterapia adyuvante secuencial con 4 ciclos de Antraciclina, seguido de Taxol-Trastuzumab 12 semanas y Trastuzumab hasta completar 1 año, y hormonoterapia (Letrozol). En el ecocardiograma de control previo al inicio de Trastuzumab se detecta función sistólica ligeramente deprimida, FE 50%, SLG -16%. En el ecocardiograma previo al inicio del tratamiento oncológico presentaba FE 65% y SLG -20%. La paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista cardiovascular. Señale la respuesta FALSA:

- a) La paciente presenta disfunción cardíaca moderada secundaria al tratamiento previo con antraciclinas.
- b) Se recomienda realizar control seriado con biomarcadores, péptidos natriuréticos y troponina.
- c) Está indicado iniciar tratamiento cardioprotector con IECAs/ARA 2 y/o betabloqueantes.
- d) Se puede continuar el tratamiento con Trastuzumab con control ecocardiográfico estrecho.

10. En un paciente superviviente de cáncer que ha recibido Antraciclinas y Radioterapia torácica hace más de 5 años, y que presenta alto riesgo de complicaciones cardiovasculares, aunque se encuentra asintomático, la medida de seguimiento con mayor grado de recomendación es:

- a) Control anual de factores de riesgo cardiovascular y ECG.
- b) Control ecocardiográfico cada 5 años.
- c) Control con ergometría cada 5 años.
- d) Control con AngioTAC coronario cada 5 años.

11. Señale la asociación FALSA relativa a las técnicas quirúrgicas de reparación de la transposición de grandes arterias:

- a) Jatene - *switch* arterial.
- b) Mustard – *switch* auricular.
- c) Senning – *switch* auricular.
- d) Rastelli – *switch* arterial.

12. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO es indicativo de insuficiencia pulmonar severa?

- a) Fracción regurgitante medido por resonancia magnética: 43%.
- b) Índice de regurgitación pulmonar: 0,7.
- c) Inversión holodiastólica del flujo en el tronco pulmonar.
- d) Tiempo de hemipresión: 80 mseg.

13. Mujer de 25 años con antecedente de comunicación interauricular tipo ostium secundum intervenida en la infancia mediante cierre con parche de pericardio, con evolución posterior favorable. La remiten para continuar seguimiento. La paciente se encuentra asintomática. El ecocardiograma muestra dilatación de cavidades derechas con función sistólica de ventrículo derecho conservada, baja probabilidad de hipertensión pulmonar y ausencia de shunt interatrial residual. ¿Cuál es la opción CORRECTA?

- a) Dado que está asintomática y la función sistólica está conservada, vigilancia de la dilatación residual del ventrículo derecho.
- b) Ergoespirometría para confirmar que la capacidad funcional es normal.
- c) Test con suero agitado para descartar drenaje venoso pulmonar anómalo.
- d) TC cardiaco para valoración del drenaje venoso pulmonar.

14. Respecto a las guías de práctica clínica ESC 2024 sobre el manejo de los síndromes coronarios crónicos, señale cuál de las siguientes opciones es INCORRECTA respecto a la realización de una coronariografía invasiva:

- a) En presencia de estenosis intermedias realizar valoración funcional para guiar la decisión de revascularizar mediante la técnica FFR (valor significativo < 0.8).
- b) En presencia de estenosis intermedias, realizar valoración funcional para guiar la decisión de revascularizar mediante la técnica iFR (valor significativo < 0.89).
- c) En presencia de estenosis intermedias, realizar valoración funcional para guiar la decisión de revascularizar mediante la técnica QFR (valor significativo < 0.89).
- d) En presencia de estenosis intermedias, realizar valoración funcional para guiar la decisión de revascularizar mediante la técnica QFR (valor significativo < 0.8).

15. Con relación a las guías de práctica clínica ESC/EACTS 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de las valvulopatías, ¿cuál de estas afirmaciones NO ES CORRECTA respecto al tratamiento de la estenosis aórtica sobre válvula nativa?

- a) Se recomienda el TAVI para los pacientes de edad avanzada (≥ 75 años) o con riesgo quirúrgico alto (STS-PROM o EuroSCORE II $> 8\%$) o que no sean candidatos a cirugía.
- b) Se recomienda el reemplazo quirúrgico de válvula aórtica para los pacientes jóvenes que tienen un riesgo quirúrgico bajo (< 75 años y STS-PROM o EuroSCORE II $< 4\%$) o para pacientes operables que no sean candidatos a TAVI transfemoral.
- c) Una probabilidad elevada de desproporción entre el paciente y la prótesis (área valvular aórtica $< 0.65 \text{cm}^2/\text{m}^2$) es un factor a favor de realizar un recambio valvular aórtico quirúrgico.
- d) La presencia de una válvula aórtica bicúspide es un factor anatómico a favor de realizar un recambio valvular aórtico quirúrgico.

16. Respecto a las recomendaciones de revascularización de las guías de práctica clínica ESC 2024 sobre el manejo de los síndromes coronarios crónicos, señale la opción INCORRECTA:

- a) Cuando se plantea la revascularización en la enfermedad coronaria compleja es recomendable calcular el riesgo quirúrgico mediante el STS score para estimar la morbimortalidad intrahospitalaria y a 30 días de la CABG.
- b) En la enfermedad multivaso es recomendable calcular el Syntax score para valorar la complejidad de la enfermedad coronaria.
- c) Se recomienda la realización de técnica de imagen intracoronaria mediante IVUS u OCT cuando se realiza ICP en lesiones anatómicamente complejas, en particular sobre el tronco principal izquierdo, bifurcaciones y lesiones largas.
- d) Se recomienda la realización de técnica de imagen intracoronaria mediante IVUS antes que la OCT cuando se realiza ICP sobre lesiones sobre el tronco principal izquierdo.

17. Con relación a las guías de práctica clínica ESC/EACTS 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de las valvulopatías. Señale la respuesta INCORRECTA respecto al tratamiento de la insuficiencia mitral:

- a) El nivel de recomendación para la reparación percutánea “borde con borde” es mayor en la insuficiencia mitral secundaria que en la insuficiencia mitral primaria.
- b) Se recomienda que en la selección de pacientes para tratamiento de reparación percutánea “borde con borde” en insuficiencia mitral secundaria se cumplan los criterios de inclusión del estudio MITRA-FR.
- c) Las indicaciones para la cirugía aislada de válvula mitral en la insuficiencia mitral secundaria, son particularmente restrictivas debido al riesgo significativamente alto del procedimiento, las altas tasas de recurrencia de la insuficiencia mitral y la ausencia de un beneficio probado en supervivencia.
- d) En la insuficiencia mitral secundaria, la cirugía o la intervención valvular percutánea está indicada sólo para pacientes con insuficiencia mitral grave que siguen sintomáticos pese al tratamiento médico óptimo.

18.Cuál de las siguientes técnicas NO se correlaciona con una reparación mitral:

- a) Comisuroplastia tipo Kay.
- b) Sliding plasty.
- c) Técnica de ampliación valvular de Nicks.
- d) Técnica de Alfieri.

19. Respecto a la anatomía valvular, señale la respuesta FALSA:

- a) La válvula mitral presenta dos velos que están festoneados siendo los festones denominados como A1-P1 los más cercanos a la orejuela izquierda.
- b) La válvula aórtica normal presenta tres velos los cuales presentan tres partes: borde libre, cuerpo e inserción basal, siendo el nódulo de Arancio una estructura localizada en el borde libre.
- c) El tracto de salida del VI es una estructura fibromuscular compuesta por el septo muscular y el membranoso en su pared anterior y por la cortina aórtica y el velo anterior de la mitral en su pared posterior.
- d) Las cuerdas tendinosas son estructuras exclusivas de la válvula mitral y en ningún caso existen en la válvula aortica.

20. Respecto al DECRETO FORAL 71/2008, de 23 de junio por el que se regula la estructura y el funcionamiento del Área Clínica del Corazón en Navarra ES FALSO que:

- a) Existe la figura del “El Jefe/a de Área de Enfermería del Área Clínica del Corazón” que desarrolla su trabajo bajo la dependencia directa del Director del Área, en coordinación con la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Navarra, de acuerdo con las directrices establecidas en el Comité Ejecutivo.
- b) El Director del Área Clínica del Corazón puede ser nombrado y cesado libremente por el Consejero de Salud, a propuesta del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- c) La Dirección del Área del Corazón depende directamente del Gerente del Hospital Universitario de Navarra.
- d) No es función de la Dirección del Área presidir y dirigir el Comité Ejecutivo. Esta función está designada por Decreto Foral al Jefe de Cardiología del Hospital Universitario de Navarra.

21. En relación con el convenio vigente respecto a la cirugía cardíaca del Hospital Universitario de Navarra y el Hospital San Pedro de Logroño. ES FALSO:

- a) Actualmente existe un convenio entre ambos centros para la atención de los pacientes candidatos a cirugía cardíaca compleja.
- b) Existen protocolos de derivación entre ambos centros en los que respecta a la cirugía cardíaca compleja.
- c) En el Hospital San Pedro de Logroño no existe cirugía cardíaca, por lo que todos los pacientes son derivados a la Clínica Universidad de Navarra.
- d) En el Hospital San Pedro de Logroño existen 3 cirujanos cardíacos que trabajan integrados con el servicio de cardiología del mismo centro y coordinados con el servicio de cirugía cardíaca del Hospital Universitario de Navarra.

22. Respecto al patrón de realce tardío en las miocardiopatías, señale la respuesta CORRECTA:

- a) La miocardiopatía dilatada idiopática tiene un patrón típico de realce tardío con fibrosis subendocárdica.
- b) La miocardiopatía dilatada de etiología isquémica tiene un patrón de realce subepicárdico difuso.
- c) En la miocardiopatía hipertrófica apical nunca hay realce tardío, por ello es un patrón más benigno.
- d) Miocardiopatía secundaria a enfermedad valvular por estenosis aórtica puede dar distintos patrones de realce tardío, aunque no coexista con enfermedad coronaria.

23. Respecto al tratamiento anticoagulante que reciben los pacientes bajo terapia con ECMO V-A. Señale la respuesta VERDADERA:

- a) El tratamiento anticoagulante es opcional ya que estos pacientes tienen un alto riesgo hemorrágico.
- b) Las complicaciones trombóticas y hemorrágicas son frecuentes y son las causas más frecuentes de morbimortalidad durante el soporte ECMO.
- c) Los inhibidores directos de la trombina (IDT) no tienen indicación alguna como terapia anticoagulante en paciente bajo terapia ECMO.
- d) La trombocitopenia inducida por heparina es una complicación grave siendo la trombosis arterial mucho más frecuente que la venosa.

24. Estamos de guardia en el Hospital Reina Sofía de Tudela y nos avisan por un varón de 27 años que acude por disnea brusca. El paciente se dedica a la compraventa de productos de lujo y refiere viaje reciente a Tailandia, donde expone que había tenido una caída en un Tuk-Tuk a la que no dio más importancia. EF: TA 75/40. PV elevada. FC 110lpm Saturación 91%. ECG: taquicardia sinusal a 110lpm. Le realizamos ecoscopia a pie de cama donde visualizamos: VD dilatado con TAPSE 9mm. Onda S`4cm/sg con TAP 50msg con septo interventricular aplanado con cociente VD/VI: 1,5, FVI 50% sin valvulopatías. Con estos datos qué respuesta sería la CORRECTA.

- a) Dado que la sospecha es alta de una embolia pulmonar aguda en paciente con datos de gravedad, iniciaría sueroterapia por vía central (1200 ml de carga) y lo trasladaría al Hospital Universitario de Navarra para realizar embolectomía percutánea.
- b) Dado que existe alta sospecha de neumotórax a tensión, haría eco pulmonar para confirmar el diagnóstico en el que apreciaría el signo típico: “lung sliding”.
- c) Completaría la estratificación con más datos clínicos y analíticos para valorar el riesgo, ya que echo en falta datos importantes para la toma de decisiones.
- d) Trasladaría al paciente al Hospital Universitario de Navarra lo antes posible para inicio de terapia de soporte con ECMO V-V.

25. Respecto al tratamiento de la embolia pulmonar aguda y según las guías de práctica clínica 2019, señale la respuesta FALSA:

- a) Cuando cursa con disfunción ventricular derecha es importante aumentar el inotropismo del VD para mejorar el gradiente de perfusión coronaria, teniendo en cuenta que una vasoconstricción excesiva puede empeorar la perfusión tisular.
- b) El uso de dobutamina (2-20 mg/Kg/min) aumenta el inotropismo del VD, pero si se usa solo puede empeorar la hipotensión y provocar o agravar las arritmias.
- c) El uso de sueroterapia intensiva debe realizarse en todos los pacientes independientemente de la PVC para asegurar una adecuada precarga.
- d) El uso de asistencia tipo ECMO V-A es un soporte rápido a corto plazo combinado con oxigenador.

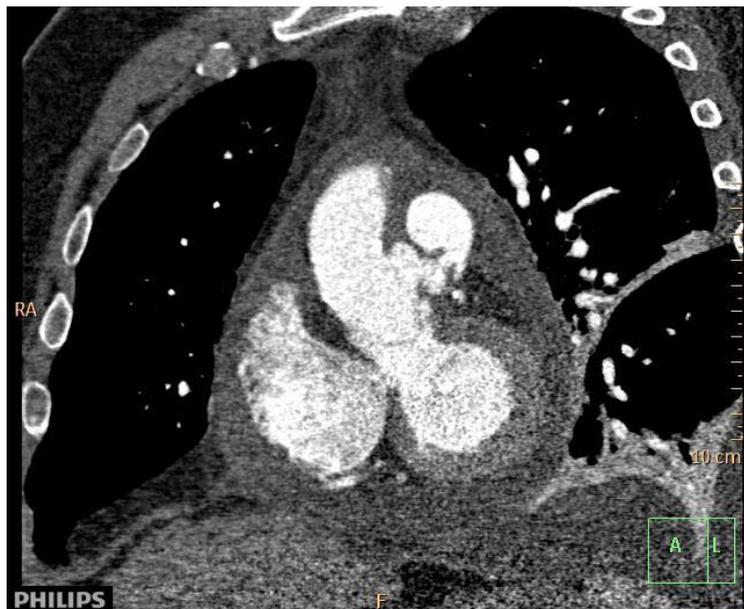
26. Respecto al tratamiento del TEP en fase aguda siguiendo las recomendaciones de las guías ESC 2019 para el tratamiento de la embolia pulmonar aguda y el protocolo del Hospital Universitario de Navarra, señale la respuesta FALSA:

- a) Está recomendado iniciar inmediatamente la anticoagulación con HNF en bolo iv ajustado al peso en pacientes de alto riesgo.
- b) Está recomendado el tratamiento trombolítico intravenoso para el TEP de alto riesgo.
- c) Está recomendado la embolectomía quirúrgica pulmonar para pacientes con contraindicación para trombólisis o si ésta ha fracasado y TEP de alto riesgo.
- d) Se debe considerar la terapia percutánea mediante embolectomía en pacientes con TEP de alto riesgo cuando hay contraindicación para trombólisis o si ésta ha fracasado, pero en el HUN este procedimiento no está disponible en la cartera de servicios.

27. Respecto al tratamiento trombolítico con rTPA en el manejo de la embolia pulmonar aguda de alto riesgo. Señale la respuesta CORRECTA:

- a) Existe indicación clase IIb para iniciar rTPA en pacientes con embolia pulmonar aguda de alto riesgo.
- b) El embarazo es una contraindicación absoluta al uso de rTPA en pacientes con embolia pulmonar aguda de alto riesgo.
- c) El rTPA es el único fibrinolítico autorizado en pacientes con embolia pulmonar aguda de alto riesgo.
- d) Haber tenido AIT en los 6 meses previos es una contraindicación relativa para el uso de rTPA al igual que la úlcera péptica activa.

28. Paciente de 75 años que ingresa por un cuadro larvado de malestar, pérdida de peso, distermia y anorexia. EF: TA 120/60. Temp 37,2°C. AP: crepitantes finos bibasales y AC: soplo sistodistólico en BEI. Analítica destaca leucocitosis, trombopenia leve y aumento de las transaminasas. Se realiza ecocardiografía que informan: VD ligeramente dilatado. VI ligeramente dilatado. FVI límite de ambos ventrículos. Válvula aortica esclerosada con gradiente medio 19mmhg. Insuficiencia mitral ligera. Gradiente AD-VD 34mmhg. Se extraen hemocultivos: positivos para Estafilococo Aureus (3 frascos). Se realiza TAC torácico con el siguiente hallazgo (Figura 28). Señale la respuesta CORRECTA:

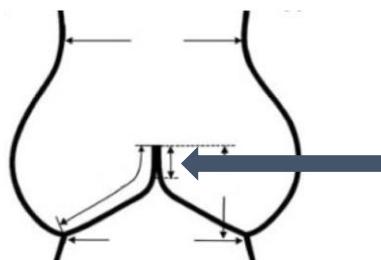


- a) Con los datos disponibles y la imagen del TAC lo más probable es que se trate de un ductus arterioso persistente y una endarteritis infecciosa asociada.
- b) Con los datos disponibles y la imagen del TAC lo más probable es que se trate de una fistula de la CD a la AI probablemente sobreinfectada.
- c) Con los datos disponibles y la imagen del TAC lo más probable es que se trate de un ductus arterioso persistente y una endocarditis valvular aórtica.
- d) Con los datos disponibles y la imagen del TAC lo más probable es que se trate de una endarteritis infecciosa complicada con fístula a la arteria pulmonar.

29. Respecto al diagnóstico de endocarditis infecciosa según las guías ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de la endocarditis. Señale la respuesta CORRECTA:

- a) Las ultimas guías recomiendan realizar ETE a todos los pacientes con endocarditis como técnica de primera línea debido a su alta especificidad en detectar vegetaciones valvulares.
- b) El CT cardiaco sincronizado es la técnica más sensible para detectar vegetaciones valvulares, sobre todo en válvulas protésicas.
- c) Las guías actuales recomiendan ETE en pacientes estables previo al cambio de tratamiento intravenoso a vía oral.
- d) El PET-F-FDG pasa a considerarse la prueba gold estándar de imagen para el diagnóstico de la endocarditis sobre válvula nativa por Bartonella Henselae.

30. Respecto a los parámetros ecocardiográficos que se valoran antes y después de un procedimiento de reparación valvular aórtica. Señale la respuesta CORRECTA con la ayuda de la imagen mostrada:

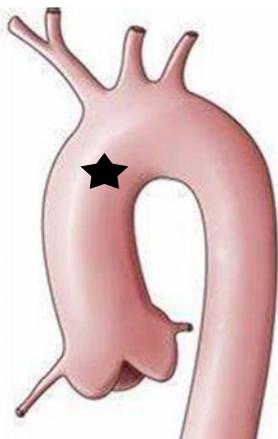


- a) La flecha señala la altura efectiva que si es $<$ de 9mm indica prolapso valvular.
- b) La flecha señala la altura de coaptación, parámetro importante en la valoración intraoperatoria tras una reparación valvular aórtica que debe ser >5 mm para predecir mayor durabilidad de la reparación.
- c) La flecha señala la altura de coaptación, parámetro que no tiene importancia pronóstica en la durabilidad de la reparación.
- d) La flecha señala la altura geométrica, parámetro que sólo se mide en las válvulas bicúspides.

31. En lo referente a la enfermedad aórtica crónica de la raíz de aorta y aorta ascendente, ¿cuál de los siguientes factores de riesgo que afectan a la indicación de cirugía es el INCORRECTO según las Guías para el diagnóstico y tratamiento de los síndromes agudos y crónicos del órgano aórtico de la EACTS/STS del 2024?

- a) Longitud de aorta ascendente $<$ 11mm.
- b) Edad <60 años.
- c) Altura del paciente $<$ 1.69m.
- d) Hipertensión arterial.

32. Dentro de la clasificación de Ishimaru respecto a la aorta. ¿Qué zona señala la estrella?



- a) Zona 0
- b) Zona 1
- c) Zona 2
- d) Zona 3

33. Paciente de 67 años en seguimiento por aneurisma de aorta ascendente asociado a valvulopatía bicúspide fenotipo IIR sin AF, asintomático con estudio previo con medida de senos de 43mm e insuficiencia aórtica ligera. Respecto a su diagnóstico y actitud terapéutica, una de las respuestas es CORRECTA:

- a) La válvula bicúspide fenotipo IIR es la más frecuente y se asocia a mayor riesgo de disección aórtica.
- b) El seguimiento debe realizarse cada 3 meses debido a que está cerca del rango quirúrgico, 45mm es este caso.
- c) Dado que se trata de una válvula aórtica bicúspide debería indicar screening familiar y explicarle que la herencia es autosómica recesiva y es más frecuente en mujeres.
- d) La válvula bicúspide fenotipo II se asocia a dilatación de aorta a nivel de la zona 0 del cayado.

34. Respecto a la clasificación de la disección aórtica y según las Guías para el diagnóstico y tratamiento de los síndromes agudos y crónicos del órgano aórtico de la EACTS/STS del 2024. Señale la respuesta CORRECTA:

- a) El tipo 1 DeBakey no engloba al cayado aórtico.
- b) El tipo A de Stanford se limita al cayado aórtico.
- c) La disección más frecuente es la que afecta a la aorta descendente DeBakey IIIb.
- d) La clasificación TEM de la disección aórtica clasifica según el tipo de disección, puerta de entrada y la malperfusión de órganos viscerales implicados.

35. Respecto al seguimiento de pacientes intervenidos mediante cirugía abierta de la raíz aórtica y según las Guías para el diagnóstico y tratamiento de los síndromes agudos y crónicos del órgano aórtico de la EACTS/STS del 2024. Señale la respuesta FALSA:

- a) Previo a dar el alta al paciente se recomienda realizar un ETT y un CT vs RM.
- b) Al mes del alta se recomienda realizar un ETT como técnica de imagen.
- c) A partir del año en aorta totalmente reparada y con TAC y ETT al alta normal se recomienda revisión cada 3 años.
- d) A partir del año el seguimiento en pacientes con prótesis biológicas debe ser anual.

36. Respecto al mecanismo de la Insuficiencia aórtica en el contexto de una disección aórtica aguda. Señale la respuesta FALSA:

- a) La evaluación debe ser cuidadosa mediante ETE intraoperatorio ya que puede ser reparable.
- b) El mecanismo puede ser tipo I de Khoury y el más frecuente es el Id.
- c) Si no hay daño intrínseco valvular y la raíz no está afectada por la disección la técnica quirúrgica puede ser “resuspensión valvular” + tubo suprasinusal.
- d) Uno de los mecanismos de insuficiencia aórtica en la disección tipo A de Stanford es la intuspección del colgajo intimomedial y en este caso la válvula puede ser conservada-reparada.

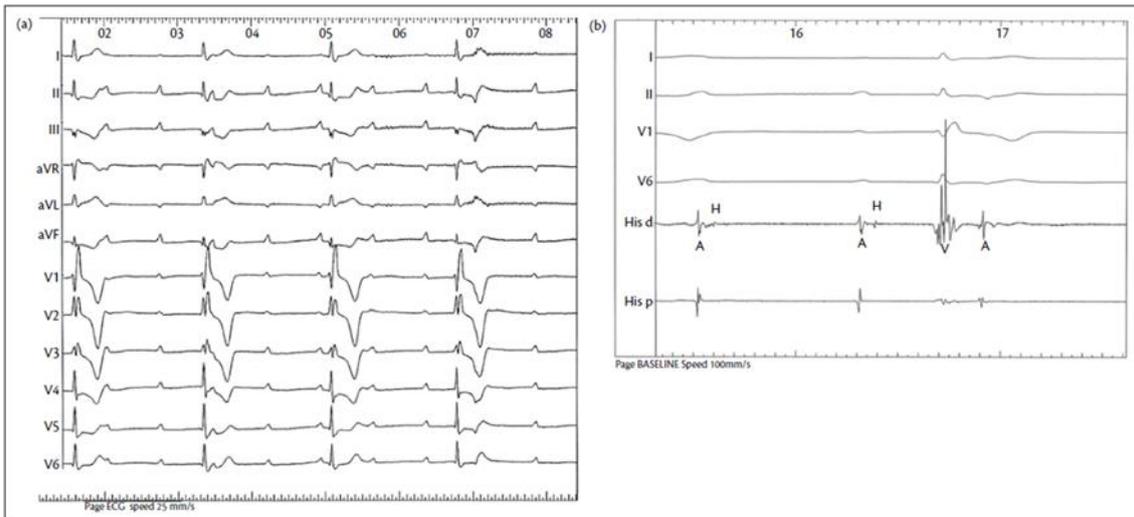
37. Respecto a las novedades que aportan las guías para el diagnóstico y tratamiento de los síndromes agudos y crónicos del órgano aórtico de la EACTS/STS del 2024. Señale la respuesta FALSA:

- a) La ecocardiografía transtorácica es imagen de primera línea, recomendando el uso de mediciones indexadas y repetidas en el tiempo con la misma modalidad de imagen para la evaluación de la aorta.
- b) Debemos favorecer el diagnóstico temprano con abordaje multiparamétrico y apoyarnos en herramientas como el ADD-RS Score.
- c) Respecto a los test genéticos: Evaluar antecedentes familiares en al menos 3 generaciones, muertes no explicadas y aneurismas craneales. A partir de allí dirigir test y seguimientos familiares.
- d) Las indicaciones quirúrgicas pueden variar en grupos poblacionales especiales como lo son portadores de patologías como: Loeys-Diets, ACTA2 y Marfan. Siendo el Marfan el que mayor riesgo tiene con indicación actual de Q cuando la medida indexada sea $17\text{mm}/\text{m}^2$.

38. NO ES CIERTO en relación con el manejo farmacológico de la Fibrilación auricular (FA):

- a) No se recomiendan los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 para pacientes con Insuficiencia Cardíaca y FA con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada, para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte cardiovascular.
- b) La terapia de control de frecuencia se recomienda en todos los pacientes en FA como terapia inicial.
- c) Se recomiendan Betabloqueantes, Diltiazem, Verapamilo o Digoxina como fármacos de primera elección en pacientes con FA y FEVI $>40\%$ para controlar la frecuencia cardíaca y reducir los síntomas.
- d) Se recomiendan los anticoagulantes orales directos con preferencia a los AVK en pacientes elegibles con FA sometidos a cardioversión para reducir el riesgo tromboembólico.

39. Paciente de 68 años con BRI preexistente que fue sometido a un estudio electrofisiológico por síncope. Durante la colocación de un catéter en el ventrículo derecho (VD), se produjo asistolia durante 4 s con reanudación del ritmo, como se muestra en la Figura 39, panel (a). El catéter cuadripolar se retiró hasta la región del haz de His, mostrando el registro que se muestra en la Figura 39, panel (b) (His d, His distal; His p, His proximal).



¿Cuál sería su diagnóstico?

- Bloqueo AV de tercer grado suprahisiano.
- Bloqueo AV de segundo grado.
- Bloqueo infrahisiano con disociación completa.
- Bloqueo infrahisiano unidireccional.

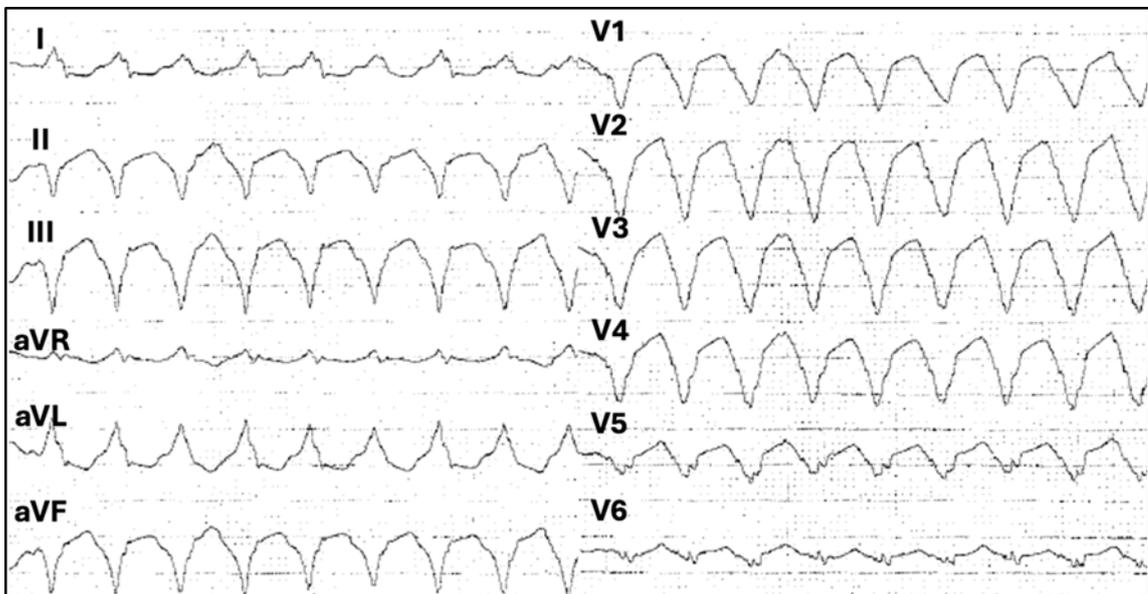
40. Con respecto al cierre de orejuela como tratamiento preventivo de ictus isquémico y tromboembolismo en pacientes con Fibrilación auricular, solo una de las siguientes situaciones tiene un nivel de recomendación clase I según las últimas guías para el manejo de la Fibrilación auricular de la Sociedad Europea de Cardiología (2024):

- a) El cierre quirúrgico como complemento a la anticoagulación oral en pacientes sometidos a ablación de FA endoscópica o híbrida.
- b) El cierre percutáneo en pacientes con contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante a largo plazo.
- c) El cierre quirúrgico como complemento a la anticoagulación oral en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.
- d) El cierre quirúrgico endoscópico aislado en pacientes con contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante a largo plazo.

41. Uno de los siguientes NO es un criterio diagnóstico mayor de miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho:

- a) Acinesia, discinesia o aneurisma regional del ventrículo derecho por angiografía.
- b) Onda épsilon en las derivaciones precordiales derechas (V1 a V3) en el ECG.
- c) Ondas T invertidas en las derivaciones V1, V2, V3 y V4 en individuos >14 años en presencia de bloqueo completo de rama derecha.
- d) Taquicardia ventricular no sostenida con morfología de bloqueo de rama izquierda con eje superior.

42. Paciente varón de 59 años afecto de miocardiopatía arritmogénica con afectación biventricular. En angio-TC cardiaco realizado 6 años atrás se apreciaba: VD dilatado de forma severa con miocardio adelgazado, zonas de aneurismas en " pilas de moneda" y zonas disquinéticas, banda moderadora muy prominente; VI no dilatado de espesor normal con zonas adelgazadas y áreas hipodensas a nivel intramiocárdico septal, inferior y lateral, a nivel de toda la cara lateral presentaba en zona subepicárdica extensa área hipodensa compatible con infiltración miocárdica por grasa. Se realizó estudio genético y se detectaron dos variantes genéticas patogénicas en genes desmosomales. Se implantó DAI-VR en prevención primaria. Remitido ahora para ablación de TV tras presentar varios episodios de TV sostenida presincope que requirieron terapias apropiadas. Por dicho motivo, se pautó hace unos meses Sotalol 40 mg/12 h, pese a lo cual ha continuado con arritmias y terapias. Se realiza Estudio electrofisiológico y el mapa endocárdico de VD muestra áreas de cicatriz en cara inferior y pared libre de TSVD con extensión hacia ápex; con estimulación ventricular se induce la taquicardia ventricular monomórfica que se muestra en la Figura 42.



Atendiendo a la morfología de la taquicardia, ¿cuál cree Usted que será el origen más probable de los que se citan a continuación?

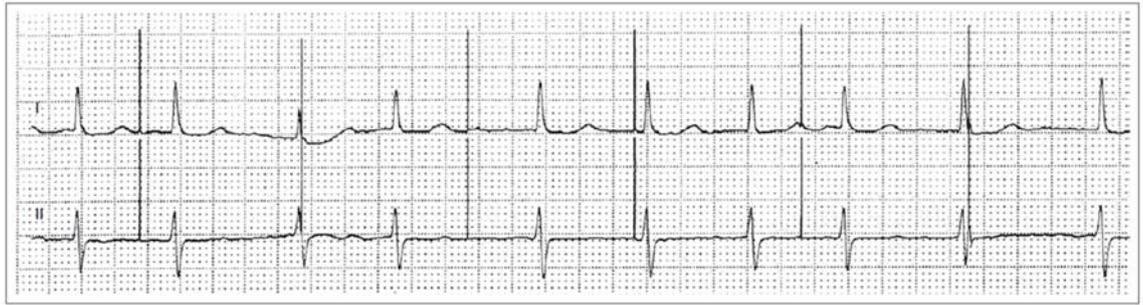
- a) Tracto de salida del ventrículo derecho, endocárdico.
- b) Ápex de ventrículo derecho, epicárdico.
- c) Segmento inferolateral del ventrículo izquierdo, epicárdico.
- d) Septo interventricular subaórtico, intramiocárdico.

43. La prueba de la mesa basculante NO es de utilidad para:

- a) Confirmar el diagnóstico de Síncope Neuromediado.
- b) Evaluar la eficacia del tratamiento del Síncope Neuromediado.
- c) Diagnóstico de Síndrome de Taquicardia Ortostática Postural (POTS).
- d) Diagnóstico de Seudosíncope psicógeno.

44. A una mujer de 82 años se le había implantado un marcapasos ventricular unicameral hace 6 años por fibrilación auricular (FA) con bradicardia sintomática. Acudió al hospital con disnea y espasmos en la región pectoral izquierda. El seguimiento del marcapasos, realizado hace 6 meses, había sido completamente normal. Los resultados del seguimiento del dispositivo realizado en ese momento se muestran en la Tabla (datos de programación y resultados de los tests), y el electrocardiograma (ECG) registrado al ingreso se muestra en la Figura 44:

Programación	
Modo	VVIR
Frecuencia	60-110 lpm
Salida de estimulación (bipolar)	2.5V/0.4ms
Sensibilidad (bipolar)	2.8mV
Tests	
Voltaje de la batería	2.71V
Impedancia de la batería	1200 ohm
Impedancia del electrodo (bipolar)	625 ohm
Umbral de captura (bipolar)	1.2V/0.4ms
Sensado (bipolar)	6.8mV



¿Qué es lo que observa?

- a) Infradetección ventricular.
- b) Sobredetección ventricular.
- c) Fallo de captura ventricular.
- d) Tanto a) como c) son correctas.

45. Una de las siguientes situaciones NO es diagnóstica de Síndrome de Brugada:

- a) Patrón ECG espontáneo consistente en elevación del punto J >2 mV con elevación cóncava del segmento ST e inversión de la onda T (“coved-type”) en al menos una derivación precordial derecha, V1 ó V2, ubicada en el segundo, tercer o cuarto espacio intercostal (patrón ECG Brugada tipo 1) en paciente asintomático.
- b) ECG basal normal con patrón Brugada tipo 1 inducido tras administración de Flecainida en paciente con síncope arrítmico.
- c) Patrón ECG espontáneo consistente en elevación del punto J >2 mV con elevación del segmento ST “en silla de montar” en derivaciones derechas en cuarto espacio intercostal y patrón Brugada tipo 1 inducido tras administración de Ajmalina en paciente asintomático.
- d) ECG basal normal con patrón Brugada tipo 1 documentado durante episodio febril en paciente con historia familiar de Síndrome de Brugada.

46. Según las últimas guías europeas para el manejo de arritmias ventriculares y prevención de muerte súbita, está indicado con mayor nivel de recomendación para el tratamiento de la Taquicardia ventricular polimórfica/Fibrilación ventricular recurrente en el contexto de Síndrome Coronario Agudo una de las siguientes opciones farmacológicas por vía intravenosa:

- a) Lidocaína.
- b) Betabloqueante.
- c) Amiodarona.
- d) Procainamida.

47. NO es propio de la taquicardia recíproca permanente de la unión AV:

- a) Está mediada por una vía accesoria AV oculta de conducción lenta y decremental, normalmente localizada a nivel posteroseptal derecho.
- b) Afectación predominante a bebés y niños.
- c) Taquicardia supraventricular de RP largo y onda P negativa en derivaciones inferiores, con relación AV 2:1.
- d) Presentación en forma de taquicardia incesante y desarrollo de taquimiocardiopatía reversible una vez restaurado el ritmo sinusal permanente.

48. El bloqueo AV de segundo grado tipo Wenckebach:

- a) Se caracteriza electrocardiográficamente por la prolongación progresiva de los intervalos PR y RR en los latidos conducidos consecutivamente.
- b) El sitio más común de bloqueo se presenta a nivel del sistema His-Purkinje.
- c) Cuando se presenta con QRS estrecho suele tener un pronóstico benigno.
- d) a) y c) son correctas.

49. Uno de los siguientes Fármacos Antiarrítmicos NO prolonga el intervalo QT:

- a) Propranolol.
- b) Sotalol.
- c) Quinidina.
- d) Procainamida.

50. El registrador de eventos insertable ha mostrado su eficacia diagnóstica en pacientes con síncope de causa inexplicada. Pero además se ha mostrado útil como herramienta diagnóstica en:

- a) Pacientes con diagnóstico de epilepsia, pero con tratamiento inefectivo.
- b) Pacientes con caídas inexplicadas.
- c) Pacientes con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica, displasia arritmogénica de ventrículo derecho o canalopatías.
- d) Todas las anteriores son correctas.

51. Con relación a la endocarditis sobre dispositivos electrónicos implantables cardíacos:

- a) Los gérmenes causantes más frecuentemente identificados son los *Streptococos* orales.
- b) El tratamiento antibiótico empírico inicial debe ir dirigido a cubrir MRSA y bacterias gram-negativas.
- c) El tratamiento estándar consiste en pauta antibiótica intravenosa durante 6 semanas seguida de extracción del sistema completo en caso de persistencia de la infección.
- d) La profilaxis antibiótica para prevenir infecciones asociadas a dispositivos cardíacos implantados antes de procedimientos dentales, respiratorios, gastrointestinales o genitourinarios es mandatoria.

52. Según las últimas guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología de 2024, está claramente indicado para el control de factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con Fibrilación Auricular:

- a) Se recomiendan los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 para pacientes con insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada, para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte cardiovascular.
- b) Para el cribado de la apnea obstructiva del sueño en pacientes con FA, se considera suficiente utilizar cuestionarios basados en síntomas.
- c) El tratamiento de la apnea obstructiva del sueño debe considerarse parte de un tratamiento integral de los factores de riesgo en personas con FA para reducir la recurrencia y la progresión.
- d) Reducir el consumo de alcohol a un máximo de 7 copas estándar por semana.

53. Según las mismas guías a las que hace referencia la cuestión anterior, hasta que se disponga de una mayor validación en ensayos randomizados, el grupo de expertos apoya el uso de una clasificación clínica simple basada en una puntuación para la toma de decisiones sobre el inicio de tratamiento anticoagulante en pacientes con Fibrilación Auricular, de manera que la obtención de 2 ó más puntos es claramente indicativo para el inicio de dicho tratamiento. ¿Cuál de las siguientes es CORRECTA en relación con esa puntuación?

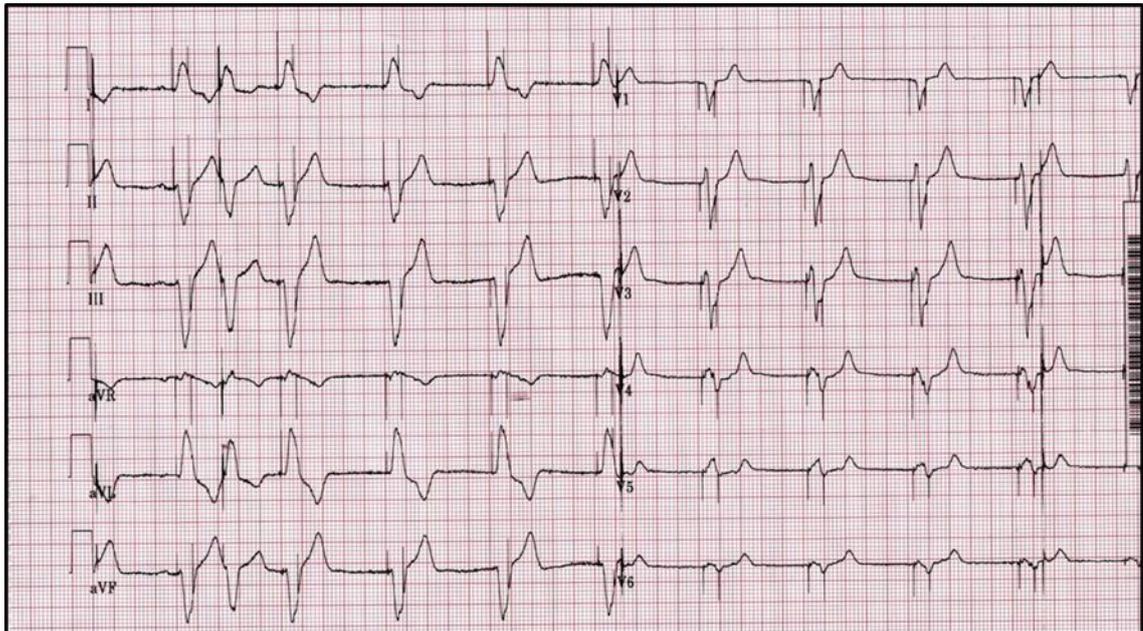
- a) Antecedentes de Accidente cerebrovascular o AIT, tromboembolia arterial o tromboembolismo pulmonar, 1 punto.
- b) Antecedentes de Accidente cerebrovascular o AIT, tromboembolia arterial o tromboembolismo pulmonar, 2 puntos.
- c) Edad de 75 años, 1 punto.
- d) Visualización en prueba de imagen de placa aórtica con grosor ≥ 4 mm, 1 punto.

54. Es CIERTO con respecto a la Fibrilación Auricular subclínica detectada por dispositivos cardiacos implantables:

- a) Dos ensayos randomizados mostraron el beneficio del tratamiento con anticoagulantes directos en estos pacientes para prevenir ictus y embolismo sistémico, sin un incremento significativo en el riesgo hemorrágico.
- b) El riesgo tromboembólico asociado es similar al de la Fibrilación Auricular clínica.
- c) Está establecido que los pacientes con una duración de los episodios de frecuencia auricular alta por encima de los 6 minutos se benefician de tratamiento anticoagulante.
- d) El riesgo de desarrollar Fibrilación Auricular clínica en estos pacientes es del orden del 6% al 9% por año.

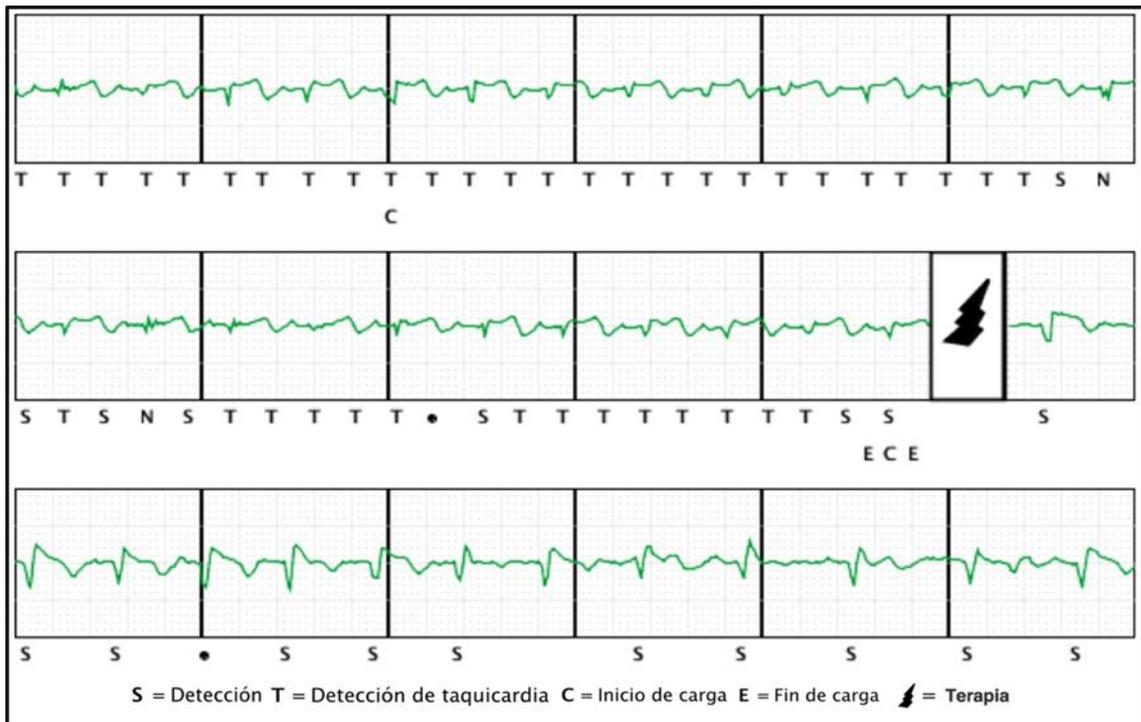
2.

55. Actitud CORRECTA ante el ECG que se muestra en la Figura 55:



- a) Disfunción de MP: reprogramación de salida y sensibilidad programadas.
- b) Disfunción de MP: revisión quirúrgica.
- c) Disfunción de MP: interrogación histogramas almacenados.
- d) Normofunción de MP: algoritmos normales del dispositivo.

56. Paciente afecto de miocardiopatía hipertrófica, portador de Desfibrilador subcutáneo en prevención primaria. Acude tras haber presentado un episodio de descarga del dispositivo, mientras manipulaba un amplificador de alta potencia en el transcurso de un concierto. Tras interrogar el dispositivo se obtiene el registro del episodio que se muestra en la Figura 56:



¿Cuál le parece la actitud más apropiada en este paciente?

- Refuerzo de tratamiento Betabloqueante y asociación de Amiodarona, considerar ablación con RF de taquicardia ventricular.
- Refuerzo de tratamiento Betabloqueante e inicio de Amiodarona, considerar aislamiento de venas pulmonares con RF.
- Consejo sobre la evitación de fuentes externas de interferencia electromagnética.
- Reprogramación del sensado del dispositivo y selección de un vector con relación R/T más favorable.

57. Una de las siguientes situaciones clínicas constituye una indicación mejor establecida para terapia de resincronización cardiaca:

- a) Pacientes con Fibrilación auricular sintomática e insuficiencia cardiaca con FEVI < 40% y frecuencia cardiaca no controlada con QRS estrecho, que sean candidatos a ablación del nodo AV.
- b) Pacientes sintomáticos con insuficiencia cardiaca en ritmo sinusal con FEVI $\leq 35\%$, duración del QRS de 130-149 ms y morfología del QRS de BRI a pesar del tratamiento médico óptimo.
- c) Pacientes portadores de un marcapasos convencional o un desfibrilador y que posteriormente desarrollan insuficiencia cardiaca sintomática con FEVI $\leq 35\%$ a pesar de tratamiento médico óptimo, y que tienen una proporción significativa de estimulación ventricular.
- d) Pacientes sintomáticos con insuficiencia cardiaca en ritmo sinusal con FEVI $\leq 35\%$, duración del QRS ≥ 150 ms y morfología del QRS no BRI a pesar del tratamiento médico óptimo.

58. ¿En cuál de los siguientes pacientes post-infarto de miocardio estaría recomendada la implantación de un desfibrilador con nivel de indicación I, según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología?

- a) Paciente varón de 56 años en clase I de la NYHA y FEVI 28 % a pesar de 5 meses de tratamiento médico óptimo.
- b) Paciente varón de 67 años con taquicardia ventricular monomorfa sostenida tolerada hemodinámicamente y FEVI 45% si no está disponible la ablación.
- c) Paciente mujer de 73 años con insuficiencia cardíaca en clase II de la NYHA y FEVI 33 % a pesar de 6 meses de tratamiento médico óptimo.
- d) Paciente varón de 45 años con síncope de causa inexplicada, FEVI 38% a pesar de 7 meses de tratamiento médico óptimo, y taquicardia ventricular monomorfa sostenida inducible en el estudio electrofisiológico.

59. Una de las siguientes estrategias de tratamiento para prevenir la Fibrilación Auricular tiene un menor nivel de evidencia o consenso:

- a) Tratamiento anti-hipertensivo con IECA o ARA-II.
- b) Tratamiento de la obesidad.
- c) Estimulación auricular.
- d) Ablación de vía accesoria AV en síndrome de Wolff-Parkinson-White con Fibrilación Auricular asociada.

60. Con respecto a las diferencias epidemiológicas de la Fibrilación Auricular entre sexos, es CIERTO que:

- a) Las mujeres diagnosticadas de Fibrilación Auricular generalmente tienen más hipertensión que los hombres.
- b) Las mujeres diagnosticadas de Fibrilación Auricular son generalmente más jóvenes que los hombres.
- c) Los hombres diagnosticados de Fibrilación Auricular son más propensos que las mujeres a desarrollar insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.
- d) Las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de padecer enfermedad coronaria.

61. Uno de los siguientes NO es un predictor pre-procedimiento de necesidad de estimulación permanente tras implantación de válvula aórtica transcáteter:

- a) Presencia de bloqueo completo de rama derecha en el ECG.
- b) Implantación sobre prótesis biológica previa (“valve-in-valve”).
- c) Calcificación severa del anillo mitral.
- d) Sexo masculino.

62. ¿Cuál es el trastorno de conducción más frecuente tras la implantación de válvula aórtica transcáteter?

- a) Bloqueo AV de primer grado.
- b) Hemibloqueo izquierdo anterior.
- c) Bloqueo de rama derecha.
- d) Bloqueo de rama izquierda.

63. Con respecto a la ocurrencia de arritmias ventriculares en la fase aguda del síndrome coronario agudo, es CIERTO:

- a) Las arritmias ventriculares inducidas por reperfusión en el IAMCEST son más comunes que las arritmias pre-reperfusión.
- b) En los supervivientes de una parada cardiaca en el contexto de espasmo coronario debería considerarse la implantación de un desfibrilador implantable.
- c) La aparición de taquicardia ventricular o fibrilación ventricular en las primeras 48 h del IAMCEST no se asocia a un incremento significativo en la mortalidad hospitalaria.
- d) Puede considerarse la profilaxis de arritmias ventriculares con Amiodarona iv en el contexto del síndrome coronario agudo.

64. ¿En cuál de los siguientes pacientes cree que está más indicado el inicio de medicación anticoagulante para la prevención del riesgo tromboembólico, siguiendo las recomendaciones de las últimas guías de práctica clínica para el manejo de la Fibrilación auricular publicadas por la Sociedad Europea de Cardiología?

- a) Mujer de 66 años asintomática, sin antecedentes de interés, con diagnóstico incidental de Fibrilación auricular en revisión rutinaria y función ventricular conservada y que rechaza la opción de Cardioversión.
- b) Varón de 57 años, hipertenso en tratamiento farmacológico, diagnosticado de insuficiencia mitral severa secundaria a prolapso valvular mitral, en clase funcional I, FEVI de 70% y Fibrilación auricular permanente.
- c) Varón de 70 años diagnosticado de estenosis aórtica ligera degenerativa, con FEVI de 60%, en clase funcional I, sin otros antecedentes de interés y episodios de Fibrilación auricular paroxística.
- d) Varón de 43 años, sin otros antecedentes de interés, diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica no obstructiva con función ventricular conservada, en clase funcional I, que acude a Urgencias por episodio de Fibrilación auricular paroxística que cede en 36 h.

65. Con respecto a la ablación con catéter de la Fibrilación auricular, es FALSO:

- a) Múltiples ensayos randomizados han proporcionado evidencia a favor de la ablación con catéter como un tratamiento de primera línea para el control del ritmo en pacientes con Fibrilación auricular paroxística, con un riesgo similar de eventos adversos en comparación con el tratamiento con Fármacos antiarrítmicos.
- b) La ablación con catéter puede tener un papel en pacientes con síntomas debido a pausas prolongadas al término de la Fibrilación auricular, existiendo datos no aleatorizados que han demostrado una mejora de los síntomas y la evitación de la implantación de un marcapasos.
- c) Ensayos aleatorizados han demostrado que la ablación con catéter de Fibrilación auricular en pacientes con Insuficiencia cardiaca y disfunción ventricular reduce significativamente la recurrencia de la arritmia y aumenta la fracción de eyección, observándose también un beneficio sobre la mortalidad en pacientes seleccionados.
- d) Actualmente hay datos que respaldan el beneficio pronóstico de la ablación en pacientes asintomáticos, como los que aportó el ensayo CABANA.

66. Las reducciones de dosis inadecuadas de los Anticoagulantes de acción directa son frecuentes en la práctica clínica, pero deben evitarse ya que aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular sin disminuir el riesgo de sangrado. Una de las siguientes situaciones para reducción de dosis de anticoagulantes de acción directa en la prevención del riesgo tromboembólico de pacientes con Fibrilación auricular NO ES CORRECTA por sí sola:

- a) Apixaban 2,5 mg cada 12 horas en pacientes de 80 ó más años.
- b) Dabigatran 110 mg cada 12 horas en pacientes de 80 ó más años.
- c) Edoxaban 30 mg cada 24 horas en pacientes con peso corporal menor o igual a 60 Kg.
- d) Rivaroxaban 15 mg cada 24 horas en pacientes con aclaramiento de Creatinina entre 15 y 49 mL/min.

67. NO ES CIERTO con respecto al proceso diagnóstico de los pacientes con síncope:

- a) La monitorización inmediata en régimen hospitalario está indicada en pacientes de alto riesgo.
- b) La inducción de asistolia en el masaje del seno carotídeo es confirmatoria de síndrome del seno carotídeo, incluso si no reproduce los síntomas.
- c) El síncope arrítmico se confirma cuando se detecta una correlación entre el síncope y una arritmia (bradiarritmia o taquiarritmia).
- d) En pacientes con síncope e infarto de miocardio el Estudio electrofisiológico está indicado cuando el síncope permanece de causa inexplicable después de una evaluación no invasiva.

68. La Taquicardia auricular focal como causa de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV):

- a) Constituye en torno al 40% de todos los casos de TPSV con una prevalencia máxima entre los 20 y 40 años y posterior disminución progresiva a edades más avanzadas.
- b) El mecanismo subyacente de la arritmia es el automatismo aumentado y sólo es posible inducirlas con perfusión de fármacos adrenérgicos como el Isoproterenol.
- c) Se han informado tasas de ictus similares a los de la Fibrilación auricular, por lo que debe considerarse el tratamiento antitrombótico guiado por la escala CHA₂DS₂-VA.
- d) En torno a un 10% de los casos puede asociarse al desarrollo de taquimiocardiopatía en casos de presentación incesante, afectando a paciente más jóvenes y preferentemente varones con taquicardias más lentas (FC<120 lpm).

69. ¿Cuál de las siguientes medidas para la evaluación cardiovascular de pacientes que van a someterse a cirugía no cardíaca NO es CORRECTA?

- a) En pacientes de bajo riesgo que van a someterse a cirugía de riesgo bajo e intermedio, se recomienda realizar de forma rutinaria ECG y determinaciones de hs-cTn T/I o BNP/NT-proBNP preoperatorios.
- b) En pacientes con un soplo de reciente detección que sugiere una patología clínicamente significativa, se recomienda la realización de un Ecocardiograma transtorácico previamente a una cirugía de alto riesgo.
- c) En pacientes con antecedentes familiares de miocardiopatía genética, se recomienda realizar un ECG y ETT previamente a una cirugía, independientemente de la edad y los síntomas.
- d) En pacientes con disnea y/o edema periférico, está indicado un ECG y una determinación de NT-proBNP/BNP antes de la cirugía, a menos que exista una explicación no cardíaca para dichos síntomas.

70. En un paciente con insuficiencia cardíaca que en la exploración física presenta ingurgitación yugular que alcanza ángulo mandibular, con onda V prominente, cuál de los siguientes hallazgos es más probable que presente en la valoración “VExUS”:

- a) Patrón tipo 1.
- b) Patrón tipo 2.
- c) Patrón tipo 3.
- d) Patrón tipo 4.

71. Un paciente de 47 años con una MCD no isquémica con DVI severa (FEVI 20%) que está precisando levosimendán ambulatorio periódico por clínica de bajo gasto cardíaco con deterioro de la función renal progresiva, que mejoran tras la administración de inodilatador. Según la escala INTERMACS, en qué estadio lo situaría:

- a) INTERMACS 2.
- b) INTERMACS 3.
- c) INTERMACS 4.
- d) INTERMACS 5.

72. Un paciente de 69 años, con miocardiopatía dilatada de origen isquémica, con severa disfunción ventricular izquierda, con función ventricular derecha preservada, presenta situación de insuficiencia cardiaca avanzada y se está planteando el implante de una asistencia ventricular mecánica izquierda como terapia de destino. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA acerca de pacientes en los que se plantee una asistencia ventricular mecánica izquierda?

- a) En caso de precisar revascularización coronaria, la revascularización percutánea será el método de elección en este tipo de pacientes.
- b) En caso de insuficiencia mitral severa, se deberá proceder a su reparación o sustitución durante el implante de la asistencia ventricular.
- c) En caso de que un paciente sea portador de una prótesis mecánica en posición aórtica, se deberá sustituir por una bioprótesis durante el implante de la asistencia ventricular.
- d) En pacientes con foramen oval permeable, éste deberá ser cerrado en este tipo de pacientes.

73. Según las últimas guías de práctica clínica de ESC sobre hipertensión pulmonar, señale la opción CORRECTA acerca de la definición de hipertensión pulmonar:

- a) $PAPm > 20 \text{ mmHg}$, $PCP \leq 15$ y $RVP \leq 2UW$ se considera diagnóstica de hipertensión pulmonar precapilar.
- b) $PAPm > 20 \text{ mmHg}$, $PCP > 15$ y $RVP > 2UW$ se considera diagnóstica de hipertensión pulmonar postcapilar aislada.
- c) $PAPm > 25 \text{ mmHg}$, $PCP > 15$ y $RVP > 2UW$ se considera diagnóstica de hipertensión pulmonar postcapilar combinada.
- d) $PAPm > 20 \text{ mmHg}$, $PCP \leq 15$ y $RVP > 2UW$ se considera diagnóstica de hipertensión pulmonar precapilar.

74. Según las últimas guías de práctica clínica de ESC sobre hipertensión pulmonar, señale la opción CORRECTA acerca de la clasificación clínica de hipertensión pulmonar:

- a) La HAP asociada a hipertensión portal se clasifica dentro del grupo 5.
- b) La HTP secundaria a tromboembolia pulmonar crónica se clasifica dentro del grupo 3.
- c) La HTP secundaria a patología pulmonar restrictiva se clasifica dentro del grupo 4.
- d) La HTP que acontece en la hemangiomasia capilar pulmonar se clasifica en el grupo 1.

75. Sobre los hallazgos electrocardiográficos en pacientes con hipertensión pulmonar, señale la FALSA:

- a) Onda P de más de 120 mseg en derivación II.
- b) Desviación del eje a la derecha (QRS $>90^\circ$).
- c) Onda R/S >1 en derivación V1.
- d) Onda P de más de 0.25 mV en derivación II.

76. Sobre el test de vasorreactividad en hipertensión pulmonar, señale la opción VERDADERA:

- a) Se recomienda en todos los subtipos de hipertensión arterial pulmonar.
- b) Está contraindicado en todos los pacientes con hipertensión pulmonar y cardiopatía izquierda.
- c) Se considera positiva cuando la PAPm se reduce ≥ 10 mmHg y la PAPm en valor absoluto es ≤ 20 mmHg con GC que no varíe o aumente.
- d) El óxido nítrico inhalado es un fármaco recomendado para este fin.

77. Una mujer de 33 años, de origen nigeriano, con hipertensión arterial pulmonar asociada a conectivopatía (esclerosis sistémica) y que se encuentra bajo tratamiento vasodilatador con Tadalafilo y Ambrisentan. La paciente refiere disnea cuando realiza esfuerzos intensos. Niega síncope. Su analítica no muestra alteraciones y sus niveles de BNP son de 30ng/L. No presenta signos de insuficiencia cardiaca. En el último cateterismo que se le ha realizado bajo el tratamiento previamente descrito presenta los siguientes datos: PAD 5mmHg, IC 2.7L/min/m² y PAPm de 65mmHg. En base a los datos previos, cómo estratificaría el riesgo de la paciente y qué plantearía con el tratamiento:

- a) Riesgo bajo en base a los datos descritos, a pesar de una PAPm muy elevada. Mantendría el mismo tratamiento.
- b) Riesgo intermedio-bajo en base a los datos descritos, a pesar de una PAPm muy elevada. Consideraría asociar un análogo de prostaciclina al tratamiento.
- c) Riesgo intermedio-alto en base a los datos descritos, especialmente la PAPm muy elevada. Consideraría asociar un análogo de prostaciclina al tratamiento.
- d) Riesgo alto dadas las cifras de PAPm muy elevada. Asociaría un análogo de prostaciclina al tratamiento.

78. Sobre la coronariografía invasiva en el contexto del SCC, es CIERTO que:

- a) En caso de síntomas sugestivos de angina CCS \geq III de novo es una prueba indicada en primera línea.
- b) El acceso vascular preferible es el radial, si bien su impacto clínico es desconocido.
- c) Está recomendada en pacientes con buen control farmacológico de los síntomas por el impacto clínico neto que aporta la revascularización.
- d) El IVUS debe considerarse para evaluar lesiones en TCI, especialmente cuando angiográficamente son severas.

79. En un paciente de 55 años, sometido a ICP sobre TCI-DA con implante de DES en contexto de SCC, sin indicación para anticoagulación y con un PRECISE-DAPT SCORE de 20 puntos, ¿cuál es la estrategia de tratamiento antitrombótico que considera más apropiada?

- a) Un mes de doble antiagregación seguido de monoantiagregación indefinida.
- b) Un mes de doble antiagregación seguido de monoantiagregación con AAS y Rivaroxaban 2.5mg/12h de forma indefinida.
- c) Seis meses de doble antiagregación seguidos de monoantiagregación con AAS.
- d) Seis meses de doble antiagregación seguidos de doble antiagregación prolongada con AAS asociado a Clopidogrel 75mg/día o Ticagrelor 60mg/12h.

80. En un paciente con angina de esfuerzo estable limitante pese a tratamiento médico antianginoso optimizado, con enfermedad coronaria funcionalmente significativa de dos vasos (lesión severa de CD proximal dominante y lesión severa de DA media) y FEVI preservada, cuál sería la estrategia de revascularización más apropiada en primera línea:

- a) ICP de CD y de DA para mejorar síntomas.
- b) CABG con AMI-DAm-distal y Saf-CD distal para mejorar síntomas y pronóstico.
- c) CABG con AMI-DAm-distal y AMD-CD distal para mejorar síntomas y pronóstico.
- d) Reductor de seno coronario para mejorar síntomas.

81. Hoy estás de guardia en el Hospital Universitario de Navarra. La UVI-móvil contacta contigo ya que está atendiendo un paciente de 75 años con un SCACEST inferior, con fibrilación auricular permanente, anticoagulado con Edoxaban 60mg/día. El paciente, ha fibrilado en dos ocasiones, requiriendo dos choques eficaces. Actualmente se encuentra consciente, hemodinámicamente estable, sin nuevos episodios arrítmicos y con una SatO2 del 92%. Se encuentran a 15 minutos de distancia, por lo que indica traslado para angioplastia primaria. ¿Cuál cree que sería el manejo prehospitalario CORRECTO?

- a) Media ampolla de Inyesprin endovenosa, 600mg de Clopidogrel vía oral, bolo de 4000UI de heparina sódica y oxígeno suplementario para SatO2 mayor al 94%.
- b) Media ampolla de Inyesprin endovenosa, 600mg de Clopidogrel vía oral, bolo de 4000UI de heparina sódica.
- c) Media ampolla de Inyesprin endovenosa, 600mg de Clopidogrel vía oral, evitar heparina dado que el paciente ya está anticoagulado con Edoxaban.
- d) Media ampolla de Inyesprin endovenosa, bolo de 4000UI de heparina sódica y oxígeno suplementario para SatO2 mayor al 94%.

82. Consideramos de muy alto riesgo un SCASEST todos los siguientes SALVO uno:

- a) Inestabilidad hemodinámica.
- b) Dolor torácico persistente o recurrente refractario a tratamiento farmacológico.
- c) Arritmias potencialmente mortales.
- d) Elevación transitoria del segmento ST.

83. Sobre las recomendaciones del tratamiento de reperfusión para pacientes con IAMCEST, señale la opción CORRECTA:

- a) Está recomendada la reperfusión de todos los pacientes con diagnóstico inicial de IAMCEST y síntomas de isquemia ≤ 24 horas.
- b) Se recomienda una estrategia basada en angioplastia primaria si el tiempo estimado desde el diagnóstico hasta el intervencionismo es < 180 minutos.
- c) Si el intervencionismo primario no puede realizarse en < 180 minutos, se recomienda fibrinólisis en las primeras 24 horas tras el inicio de síntomas, siempre que no exista una contraindicación para la misma.
- d) El intervencionismo de rescate está recomendado si la fibrinólisis falla (resolución de ST $< 50\%$ en los primeros 60-90 minutos).

84.Cuál de las siguientes NO es una contraindicación absoluta para fibrinólisis sistémica en contexto de un IAMCEST:

- a) ACV isquémico hace 3 meses.
- b) Tratamiento con anticoagulantes orales.
- c) Cirugía de Whipple (duodenopancreatectomía) dos semanas antes.
- d) Punción lumbar 12 horas antes.

85. Sobre las recomendaciones de la ESC, sobre profilaxis frente a endocarditis infecciosa, son ciertas todas SALVO:

- a) Se recomienda profilaxis antibiótica ante una cirugía oral en pacientes con antecedentes personales de endocarditis.
- b) Se recomienda profilaxis antibiótica ante una cirugía oral en pacientes portadores de asistencia ventricular mecánica.
- c) Se recomienda profilaxis antibiótica para receptores de trasplante cardiaco.
- d) Se debe considerar profilaxis antibiótica para pacientes portadores de clip mitral tras intervención percutánea borde a borde mitral.

86. Un régimen antibiótico empírico para endocarditis sobre válvula protésica tardía debe cubrir de forma general, al menos los siguientes gérmenes:

- a) Estafilococos, estreptococos y enterococos.
- b) Estafilococos, estreptococos y bacterias gram negativas.
- c) Estreptococos, bacterias gram negativas y enterococos.
- d) Enterococos, estreptococos y hongos.

87. Sobre la endocarditis por T. Whipplei, señale la opción FALSA:

- a) Es una a causa infrecuente de endocarditis infecciosa.
- b) Suele cursar con hemocultivos positivos y cuando no lo son, suele detectarse por espectrometría de masas (MALDI-TOF).
- c) Pueden existir antecedentes de clínica articular o digestiva.
- d) El tratamiento más habitual es Doxiciclina e Hidroxicloroquina de forma prolongada (>1 año).

88. Cuando se establece la indicación de cirugía de endocarditis para prevenir una embolia sistémica, la intervención se deberá realizar:

- a) De forma electiva (durante el ingreso), para disminuir la inflamación de los tejidos antes de intervenir.
- b) De forma electiva (durante el ingreso), asociando anticoagulación con heparina no fraccionada a la antibioterapia, para disminuir la inflamación y el riesgo embólico.
- c) De forma emergente (<24 horas), previo estudio coronario en todos los casos.
- d) De forma urgente (3-5 días), evitando el estudio coronario invasivo en endocarditis aórtica con alto riesgo embólico, pudiendo usar TAC coronario para el estudio invasivo.

89. Sobre la endocarditis trombótica no bacteriana, señale la opción FALSA:

- a) La complicación más frecuente es la embolia sistémica (ACV).
- b) La insuficiencia cardiaca es una complicación menos frecuente que en endocarditis infecciosa.
- c) Suele existir un factor predisponente (cáncer, síndrome antifosfolípido, etc.).
- d) El rendimiento diagnóstico del ecocardiograma transtorácico en general es muy bajo (<10%).

90. Señale la respuesta CORRECTA respecto del manejo de la hipertensión arterial durante el embarazo:

- a) En caso de $PA \geq 140/90$ mmHg e HTA confirmada se debería iniciar tratamiento antihipertensivo.
- b) Se deberá buscar cifras de PAS < 140 y de PAD < 80 mmHg.
- c) Los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) son fármacos de elección en primer y tercer trimestre del embarazo, pero deben evitarse en el segundo trimestre por su potencial teratogénico en este período.
- d) El Nifedipino debe evitarse durante el embarazo por su potencial teratogénico en este periodo.

91. En un paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con índice tobillo brazo (ITB) de 0,8 y un índice dedo-brazo (IDB) de 0.6, cuál debería ser el objetivo de APO-B100:

- a) <126mg/dl y reducción >50% respecto de su basal.
- b) <110mg/dl y reducción >50% respecto de su basal.
- c) <85mg/dl y reducción >50% respecto de su basal.
- d) <65mg/dl y reducción >50% respecto de su basal.

92. Un paciente de 70 años ingresa en planta de cardiología por un cuadro de insuficiencia cardiaca con FEVI preservada. A la exploración física destacan datos de congestión sistémica. En el ecocardiograma transtorácico se describen espesores aumentados de forma concéntrica (13mm) con alteración del strain global longitudinal, que además muestra un gradiente basal-apical. Se establece sospecha de posible infiltración amiloidea. Se solicita estudio con gammagrafía con Tc que muestra captación cardiaca similar al hueso. Se solicita estudio con inmunoelectroforesis en plasma y orina que resulta negativa. Finalmente, se miden cadenas libres ligeras en plasma, que se encuentran alteradas, en presencia de una función renal normal con un cociente Kappa/Lambda de 8 (patológico). Dados los hallazgos previos, cuál cree más adecuada:

- a) Dada la captación miocárdica de Tc, diagnóstico de amiloidosis TTR y descarto amiloidosis AL.
- b) La captación miocárdica de Tc no es específica de TTR y no puedo a la luz del estudio inmunológico, descartar una amiloidosis AL. Por ello debería realizar una biopsia endomiocárdica.
- c) La presencia de un cociente Kappa/Lambda patológico en ausencia de alteración en la inmunoelectroforesis con inmunofijación no es concordante con gammapatía monoclonal y por tanto descartamos amiloidosis AL.
- d) Posiblemente la alteración que presenta nuestro paciente en el cociente Kappa/Lambda sea secundaria a una amiloidosis TTR que altera el aclaramiento renal, aún con función renal normal.

93. Tomando como referencia las guías de 2020 de la ESC sobre deporte y cardiología, ¿en qué paciente contraindicarías desde ya el continuar practicando fútbol en nivel competitivo?

NOTA importante. Todos los pacientes comparten lo siguiente: completamente asintomáticos, NYHA I, sin arritmias clínicas ni en Holter ni en ergometría; todos sin realce tardío en la RMN cardiaca, todos con FEVI > 55%; todos tienen entre 25-30 años.

- a) Paciente con criterio morfológico de no compactación. Con VI y VD de tamaño en el límite alto.
- b) Paciente con miocardiopatía hipertrófica, no obstructiva basalmente ni con Valsalva ni con esfuerzo. HVI máxima de 15 mm en septo medio. Aurícula izquierda no dilatada. Prueba de esfuerzo con respuesta tensional normal y sin inducción de arritmias.
- c) Paciente portador de una variante patogénica en gen PKP2 (placofilina 2) (identificada en un contexto de screening familiar, varios familiares con miocardiopatía). Sin cardiopatía estructural en el momento actual.
- d) Paciente portador de una variante patogénica, tipo truncamiento, en gen TTN (titina) (identificada en un contexto de screening familiar, varios familiares con miocardiopatía). Sin cardiopatía estructural en el momento actual.

94. Paciente que en contexto de un proyecto de investigación llevado a cabo en otro servicio se realiza un estudio de exoma completo (evaluado por cáncer familiar). Se identifica incidentalmente una variante de significado incierto en gen SCN5A. El paciente tiene ECG basal normal, está completamente asintomático cardiovascular, nunca ha tenido síncope, no tiene cardiopatía estructural. Se recoge historia familiar detallada: sin ningún caso de síncope ni de muerte súbita. El paciente tiene una hermana de 38 años asintomática y con un ECG basal normal. ¿Qué le recomendamos en este momento a su hermana?

- a) Realizar test de Ajmalina. Si positivo, realizar estudio genético de variante identificada.
- b) Realizar estudio genético de variante identificada. Si positivo, realizar test de Ajmalina.
- c) Solicitar simultáneamente estudio genético de variante identificada y test de Ajmalina.
- d) Nada de lo previo.

95. Paciente de 42 años en evaluación por palpitaciones aisladas no documentadas. Por lo demás asintomático, deporte recreacional (bicicleta), CF I. El ECG basal muestra un ritmo sinusal a 53 lpm, PR normal, QRS estrecho con voltajes levemente aumentados y discreto patrón de repolarización precoz. Se realiza una ecoscopia que muestra VI de tamaño en el límite alto, hipertrabeculación marcada lateral y apical, FEVI 55%. VD normal, ausencia de valvulopatías, PSAP estimada de 30 mmHg. Se completa evaluación con una RMN que informa VI de tamaño en el límite alto, con hipertrabeculación significativa en mitad distal de segmentos laterales y anteriores (relación NC/C 3.29) FEVI 54%. VD de tamaño en el límite alto, con hipertrabeculación, FEVD 57%. Ausencia de fibrosis. ¿Qué diagnóstico presenta este paciente en este momento según las guías de miocardiopatías de la ESC de 2023?

- a) Miocardiopatía no dilatada del ventrículo izquierdo.
- b) Miocardiopatía no compactada.
- c) Miocardiopatía hipoquinética no dilatada.
- d) No cumple criterio de miocardiopatía.

96. ¿En qué paciente de los siguientes indicaría un DAI en prevención primaria?

- a) Varón de 35 años. Miocardiopatía dilatada no isquémica FEVI 36% tras tratamiento médico óptimo. Arterias coronarias normales. Estudio genético negativo. Hábitos tóxicos previos. Disnea en CF II. Sin fibrosis en RMN.
- b) Varón de 51 años. Miocardiopatía dilatada con FEVI de 43% tras tratamiento médico óptimo de DVI. Fibrosis intramiocárdica en septo basal. Un hermano muerte súbita a los 50 años. Coronarias normales. Portador de variante patogénica tipo truncamiento en gen TTN
- c) Mujer de 45 años. Miocardiopatía dilatada con FEVI 44% que persiste tras tratamiento médico óptimo. Fibrosis subepicárdica lateral. Coronarias normales. Portadora de una variante patogénica en gen FLNC (filamina C)
- d) Varón 37 años. Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, portador de una variante patogénica en gen RYR2 (receptor de la rianodina 2). Síncope cardiogénico previo, con inicio posterior de Nadolol. Asintomático actualmente. Sin cardiopatía estructural.

97. Varón de 40 años en evaluación por miocardiopatía dilatada (MCD), con coronarias normales. Historia de miocardiopatía en rama paterna de la familia. Están afectados: el padre (MCD diagnosticada a los 45 años, falleció a los 60 por ICC terminal), un hermano del padre (marcapasos a los 60 años por BAV, posterior diagnóstico de MCD), otro hermano del padre (muerte súbita a los 70 años); el padre tuvo además 3 hermanas sanas, sin cardiopatía. La madre del paciente falleció por un cáncer de colon a los 60 años (ecocardiograma previo normal); la madre a su vez tuvo 1 hermano y 2 hermanas que viven aparentemente sanos. El paciente tiene un hijo de 11 años, actualmente sano. Se realiza estudio genético NGS con panel que incluye 146 genes asociados a MCD: muestra una variante en gen DMD (gen distrofina), probablemente patogénica (con delección de exones 42, 43 y 44).

¿Qué opción es CORRECTA?:

- a) Este gen no justifica el desarrollo de miocardiopatía dilatada.
- b) El resultado del estudio genético es interesante y puede explicar los casos de miocardiopatía presentes en su familia.
- c) Hay que continuar el estudio de la variante identificada en el hijo de este paciente.
- d) Hay que continuar el estudio de la variante identificada con los hermanos de la madre.

98. Paciente varón de 68 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hiperlipemia, glaucoma, hipertrofia benigna de próstata e hipotiroidismo. Presenta una miocardiopatía hipertrófica con obstrucción a nivel de TSVI, sintomática, que persiste a pesar de betabloqueante en dosis máximas; en ecocardiograma actual presenta un gradiente basal de 70, que aumenta a 95 mmHg con Valsalva. Asocia insuficiencia mitral moderada por SAM (severa con Valsalva). Está sintomático, en CF II avanzado ¿Actitud?

- a) Plantearía posibilidad de asociar Mavacamten.
- b) Plantearía indistintamente Mavacamten o Disopiramida.
- c) Iniciaría Disopiramida, y si no tiene respuesta pasaría a Mavacamten.
- d) Retiraría betabloqueante e iniciaría Mavacamten.

99. Mujer de 57 años, HTA, DM. Presenta una miocardiopatía hipertrófica con HVI asimétrica de predominio septal de hasta 17 mm y fibrosis intramiocárdica en zona de mayor hipertrofia. Basalmente tiene un gradiente en TSVI de 15 mmHg. Refiere disnea CF II. Está ya tratada con betabloqueante. ECG: En RS a 57 lpm. QRS estrechos con HVI. Holter sin arritmias significativas. ¿Qué actitud tomarías en este momento?

- a) Sustituir betabloqueante por Verapamilo o Diltiazem.
- b) Aumentar dosis de betabloqueante. Y si sigue sintomática iniciar Disopiramida o Mavacamten.
- c) Realizar un ecocardiograma de estrés con ejercicio.
- d) Realizar un ecocardiograma de estrés con Dobutamina.

100. Encontrándote de guardia en HUN, se recibe alerta de infarto a las 4:00AM. El ECG remitido es compatible con SCACEST anterolateral. El contacto es con ambulancia medicalizada que se encuentra en domicilio del paciente. Se trata de un varón de 46 años de raza negra, hipertenso controlado con medicación, sin más comorbilidades conocidas. Inicio de síntomas a las 3:20h, por lo que avisa a 112. El primer contacto médico (PCM) se produce a las 3:57h. Describen TA 130/80mmHg, FC 90lpm. Peso 59Kg. El paciente vive en Buñuel, a unos 12 minutos al sur de Hospital Reina Sofía de Tudela. Se ha administrado ½ amp de Inyesprin iv. Teniendo en cuenta que la sala de Hemodinámica está libre y el equipo localizado en domicilio, qué actitud te parece más adecuada según el protocolo de Código Infarto en Navarra, para la activación de éste.

- a) Estrategia mecánica de reperfusión con traslado directo a sala, pretratamiento con 2º antiagregante con carga de Prasugrel y Heparina Na.
- b) Estrategia mecánica de reperfusión con traslado directo a sala, sin pretratamiento con 2º antiagregante y con bolo de Heparina Na.
- c) Estrategia mecánica de reperfusión con traslado directo a sala, pretratamiento con carga de Ticagrelor y Heparina Na.
- d) Sin criterios de alto riesgo de hemorragia intracraneal, estrategia médica de reperfusión con tratamiento farmacoinvasivo inmediato y traslado a HUN.

PREGUNTAS DE RESERVA (Contestar en apartado preguntas de reserva)

1. Respecto al tratamiento de las valvulopatías y según las guías de práctica clínica ESC/EACTS 2021. Responda la respuesta FALSA:

- a) Las guías de práctica clínica evalúan la evidencia disponible con el fin de ayudar a los profesionales a seleccionar la mejor estrategia del manejo para cada paciente.
- b) El nivel de evidencia A es cuando los datos proceden de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis.
- c) Esta guía refuerza la idea de la intervención centrada en el paciente reforzando la idea de “centros valvulares”.
- d) La ecocardiografía pasa a un segundo plano en la evaluación de la FVI siendo necesario realizar evaluación más precisa mediante RM-c vas Tc-c.

2. Gestante de 41 años, sin antecedentes de interés, primer embarazo. Acude a revisión en la semana 24 detectándose una tensión arterial repetida de 150/80 mmHg. Seleccione la respuesta FALSA:

- a) En ausencia de proteinuria (>300mg/24horas), comenzar con medidas higiénico-dietéticas como reposo relativo y restricción de sal en la dieta y seguimiento estrecho.
- b) Iniciar tratamiento antihipertensivo tanto si existe proteinuria como si no.
- c) El tratamiento debería incluir ácido acetilsalicílico (100-150mg/día), como prevención de la preeclampsia.
- d) El tratamiento antihipertensivo debe ser, preferentemente, con Labetalol o Alfa-Metildopa.

3. En un paciente de 75 años de edad hipertenso y diagnosticado de leucemia linfática crónica se inicia tratamiento con Acalabrutinib (inhibidor de la tirosin-kinasa de Bruton) logrando control de la enfermedad.

Acude a Urgencias por cuadro de mareo y palpitaciones de inicio súbito con sensación disneica. Se realizó ECG que mostró una fibrilación auricular taquicárdica. Se controló FC con Bisoprolol.

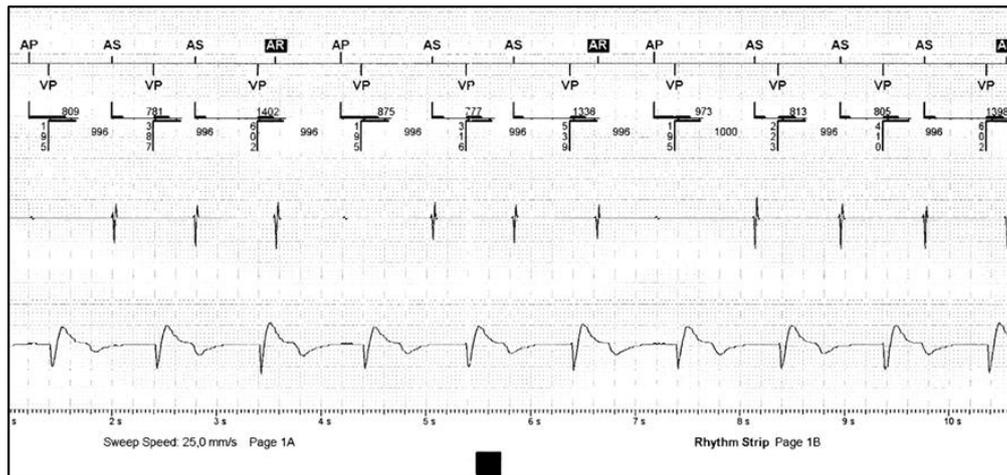
En cuanto a su manejo es CIERTO:

- a) Se debe suspender Acalabrutinib para iniciar tratamiento anticoagulante.
- b) Se debe reducir la dosis de Acalabrutinib para iniciar la anticoagulación.
- c) No es imprescindible realizar ecocardiografía para descartar cardiopatía estructural ya que la arritmia es secundaria a cardiotoxicidad por Ibrutinib.
- d) Se debe iniciar anticoagulación con anticoagulantes directos.

4. Según la clasificación funcional de la insuficiencia mitral propuesta por Alain Carpentier, señale la respuesta FALSA:

- a) Tipo I, movilidad normal de las valvas con dilatación anular o perforación de velo.
- b) Tipo II, movilidad excesiva de las valvas, generalmente secundaria a la elongación patológica de las cuerdas tendinosas o rotura de estas.
- c) Tipo IIIa, movilidad restringida debido a la retracción del aparato subvalvular en diástole.
- d) Tipo IIIb, desplazamiento del músculo papilar que causa el desplazamiento basal de la valva en diástole en valvulopatía reumática.

5. A un paciente con bloqueo auriculoventricular completo paroxístico se le implantó un marcapasos bicameral. En una visita de seguimiento del dispositivo se registró la tira de electrograma (EGM) en tiempo real, que se muestra en la Figura 105 (de arriba abajo se muestran canal de marcas, intervalos auriculares y ventriculares -horizontal- e intervalo AV -vertical-, electrograma auricular y electrograma ventricular).



¿En qué modo de estimulación está programado el dispositivo?

- a) VDI
- b) DDI
- c) VDD
- d) DDD

6. NO es una indicación clase I la implantación de Marcapasos en:

- a) Síncope de causa inexplicada y Bloqueo bifascicular.
- b) Síncope de causa inexplicada en pacientes con Bloqueo de rama y $HV \geq 70$ ms en el Estudio Electrofisiológico.
- c) Síncope en pacientes con bloqueo AV intrínseco de segundo o tercer grado intermitente o paroxístico sin documentación de una correlación entre los síntomas y los ECG.
- d) Síncope de causa inexplicada en pacientes con Bloqueo de rama y BAV completo documentado en Holter insertable.

7. Varón de 73 años, hipertenso y dislipémico, con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica que debutó 25 años antes, cuando presentó un infarto de miocardio de cara inferior con extensión a ventrículo derecho, tratado mediante fibrinólisis intravenosa eficaz. Reingreso hace 14 años por ángor inestable, se realizó coronariografía que mostró enfermedad severa de DA y CD, tras lo que se llevó a cabo cirugía coronaria con puentes de arteria mamaria a DA y vena safena a CD. Hace 9 años se realizó Prueba de Esfuerzo ECG que fue inferior a submáxima, limitada por disnea, con respuesta clínica negativa a la FC alcanzada y con respuesta ECG no valorable por la presencia de BRD avanzado. Último ingreso hace 8 meses por episodio autolimitado de taquicardia (interpretada como posible Flúter auricular atípico), que cursó con ángor hemodinámico y pequeño daño miocárdico. En dicho ingreso se realizó ecocardiograma que mostró un ventrículo izquierdo ligeramente dilatado (DTD: 59 mm), con aquinesia de los 2/3 basales de cara inferior e hipoquinesia del 1/3 distal anteroseptal y lateral, FE de VI de 40% e insuficiencia mitral ligera. Tras iniciarse durante el ingreso anticoagulación, fue dado de alta en tratamiento con Acenocumarol, Carvedilol (6,25 mg/12 h), Enalapril (5 mg/24 h), Atorvastatina (20 mg/24 h) y Gemfibrozilo (600 mg/24 h). Acude ahora al Servicio de Urgencias tras haber comenzado bruscamente de madrugada con nerviosismo y pulso acelerado, detectándose taquicardia a 135 lpm (Figura 107.A) que cede tras la administración de 0,25 mg de Alprazolam por vía oral (Figura 107.B). La radiografía de tórax muestra una cardiomegalia poco valorable por mala técnica, sin imágenes de condensación ni signos de insuficiencia cardiaca. La Analítica básica muestra un hemograma y bioquímica normales, destacando únicamente un valor de INR de 2,87. Las determinaciones seriadas de Troponina I resultan negativas.

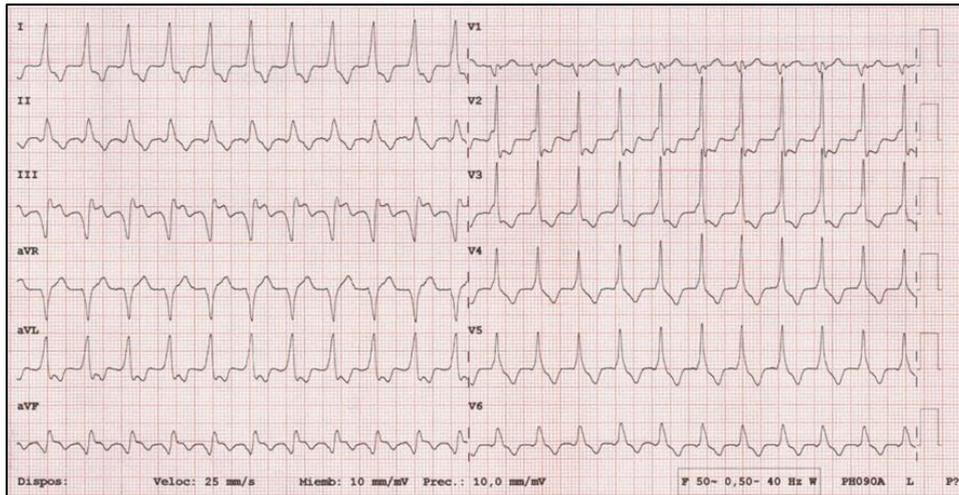


Figura 107.A. ECG a su llegada a Urgencias.

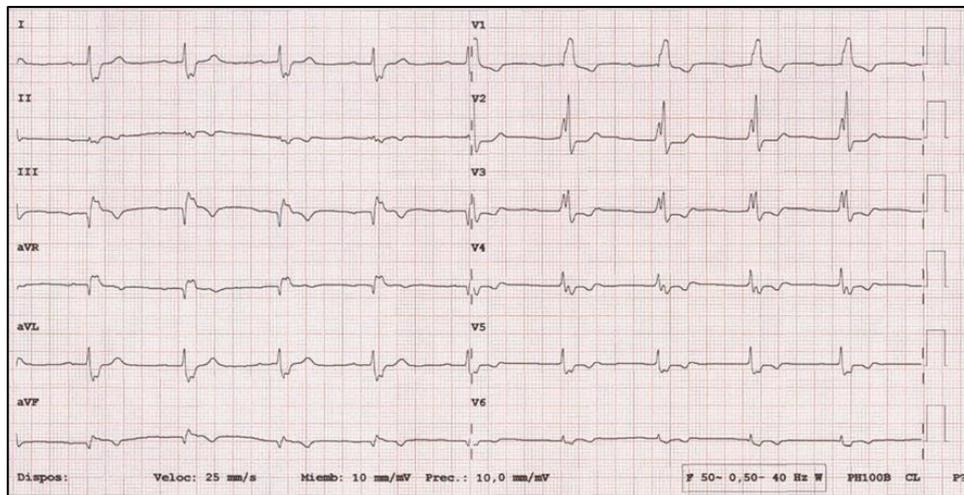


Figura 107.B. ECG tras ceder la taquicardia.

¿Cuál de las siguientes opciones le parece más adecuada para describir la taquicardia de este paciente?

- Se trata sin ninguna duda de una taquicardia ventricular monomórfica.
- Se trata de una taquicardia con QRS relativamente estrecho y ondas Q visibles en III y aVF (similar al trazado en RS) que presenta onda P visible tras el QRS como se observa en V2 lo que hace más probable que se trate de una taquicardia supraventricular de RP corto ($RP < PR$).
- La presencia de ondas F negativas en III indica que se trata de un Flúter auricular común 2:1.
- Se trata de un Flúter auricular 2:1 pero no es posible asegurar que se trate de un Flúter común.

8. Son predictores de peor evolución clínica en una endocarditis infecciosa todos SALVO uno:

- a) Infección por bacilo gram negativo no perteneciente al grupo HACEK.
- b) Infección del hemicardio derecho.
- c) Hemodiálisis previa.
- d) Vegetación izquierda de 15mm.

9. En un paciente sin enfermedad renal crónica, que persiste con cifras de presión arterial mal controladas (>140/90mmHg) pese a tratamiento combinado en dosis máximas con Olmesartan, Amlodipino e hidroclorotiazida, cuál sería el siguiente fármaco que planearía en base a las recomendaciones de la ESC:

- a) BB.
- b) Espironolactona.
- c) Doxazosina.
- d) Minoxidil.

10. Una paciente de 32 años está pensando en quedarse embarazada. Es derivada desde Obstetricia ya que en un embarazo previo desarrolló una miocardiopatía periparto con disfunción ventricular, que actualmente está completamente recuperada. Cuál es su opinión en base a las recomendaciones de ESC:

- a) Se trata de una paciente de bajo riesgo, OMS-I, que no requiere un control específico por cardiología.
- b) Se trata de una paciente de riesgo intermedio, OMS-II, que con un control antes del parto y otro a los seis meses del parto, podría ser suficiente.
- c) Se trata de una paciente de riesgo alto, OMS-III, que debe llevar un seguimiento cada 1-2 meses en un centro con experiencia en embarazo y cardiopatía.
- d) Se trata de una paciente con riesgo extremo, OMS-IV a la que debemos contraindicar el embarazo.

ANEXO

FIGURA 28



FIGURA 39

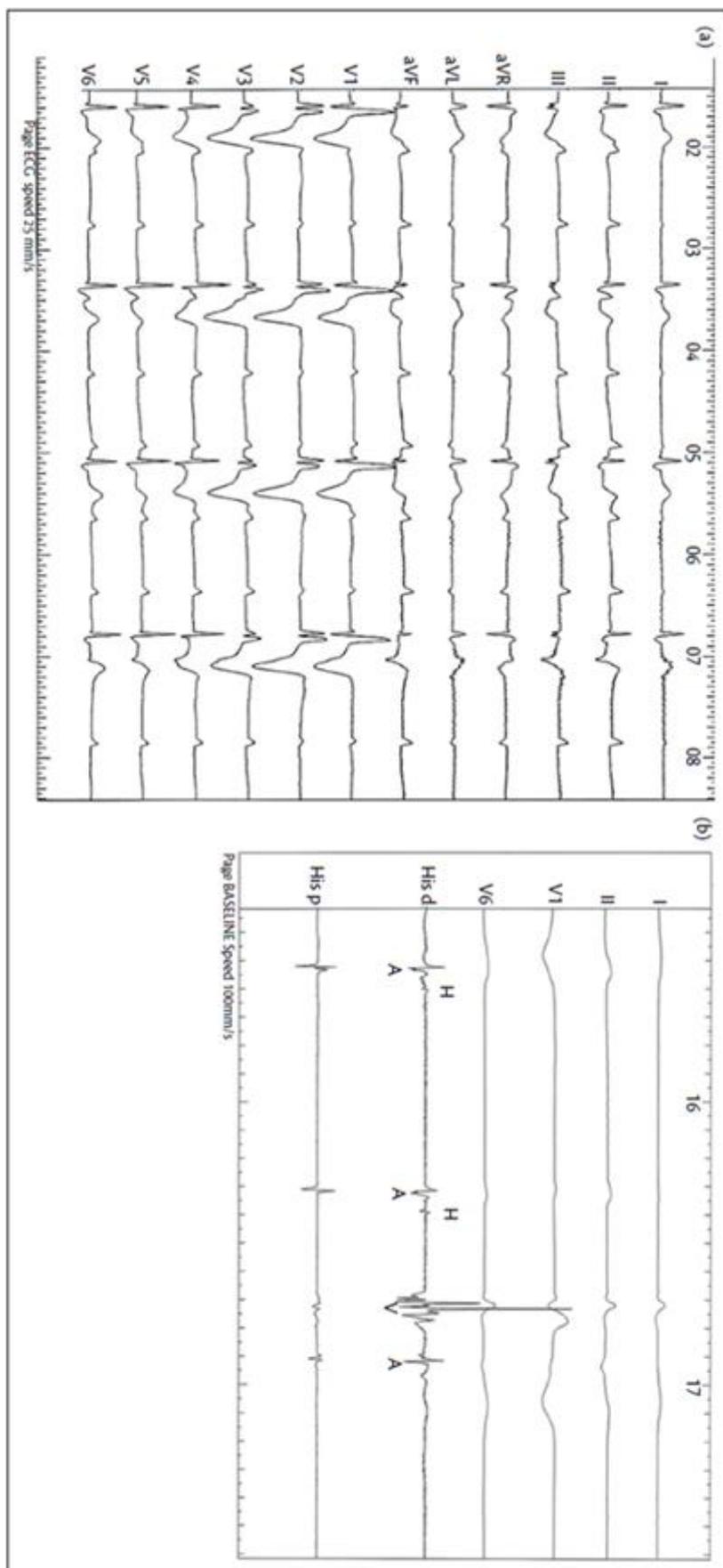


FIGURA 42

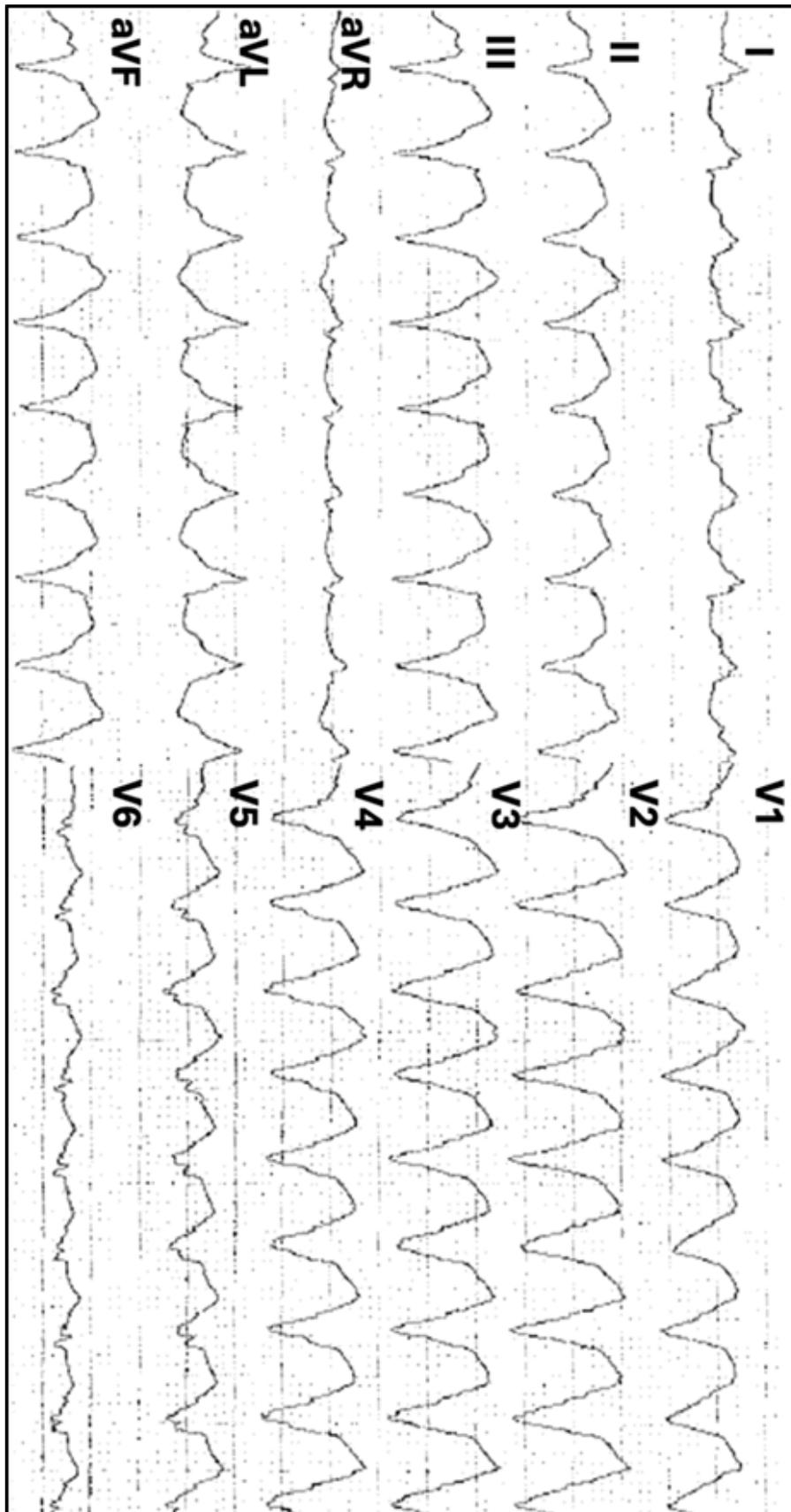


FIGURA 44

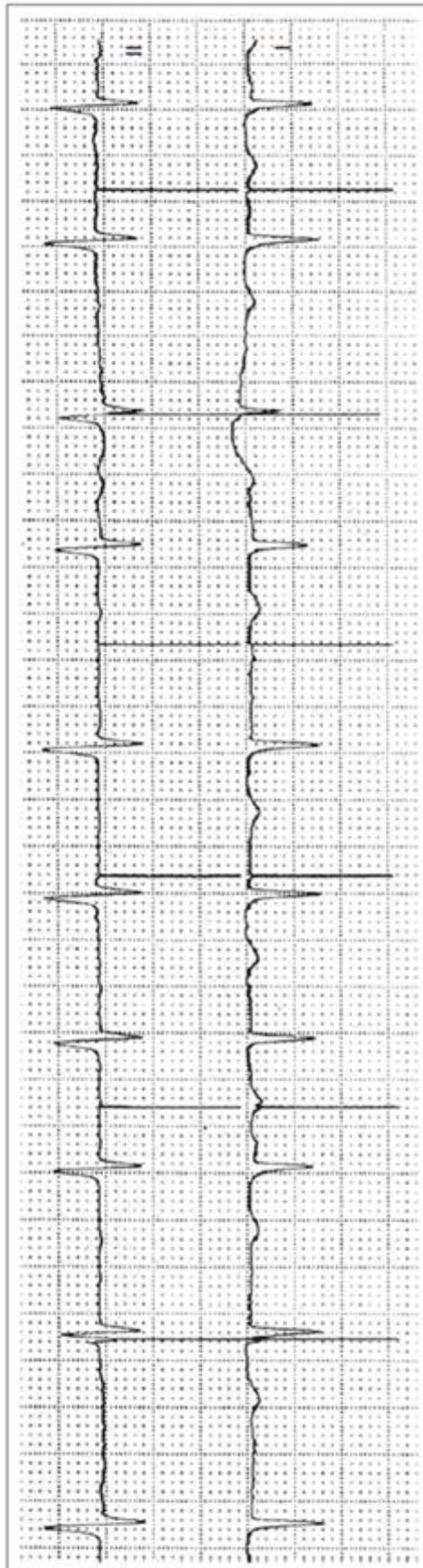


FIGURA 55

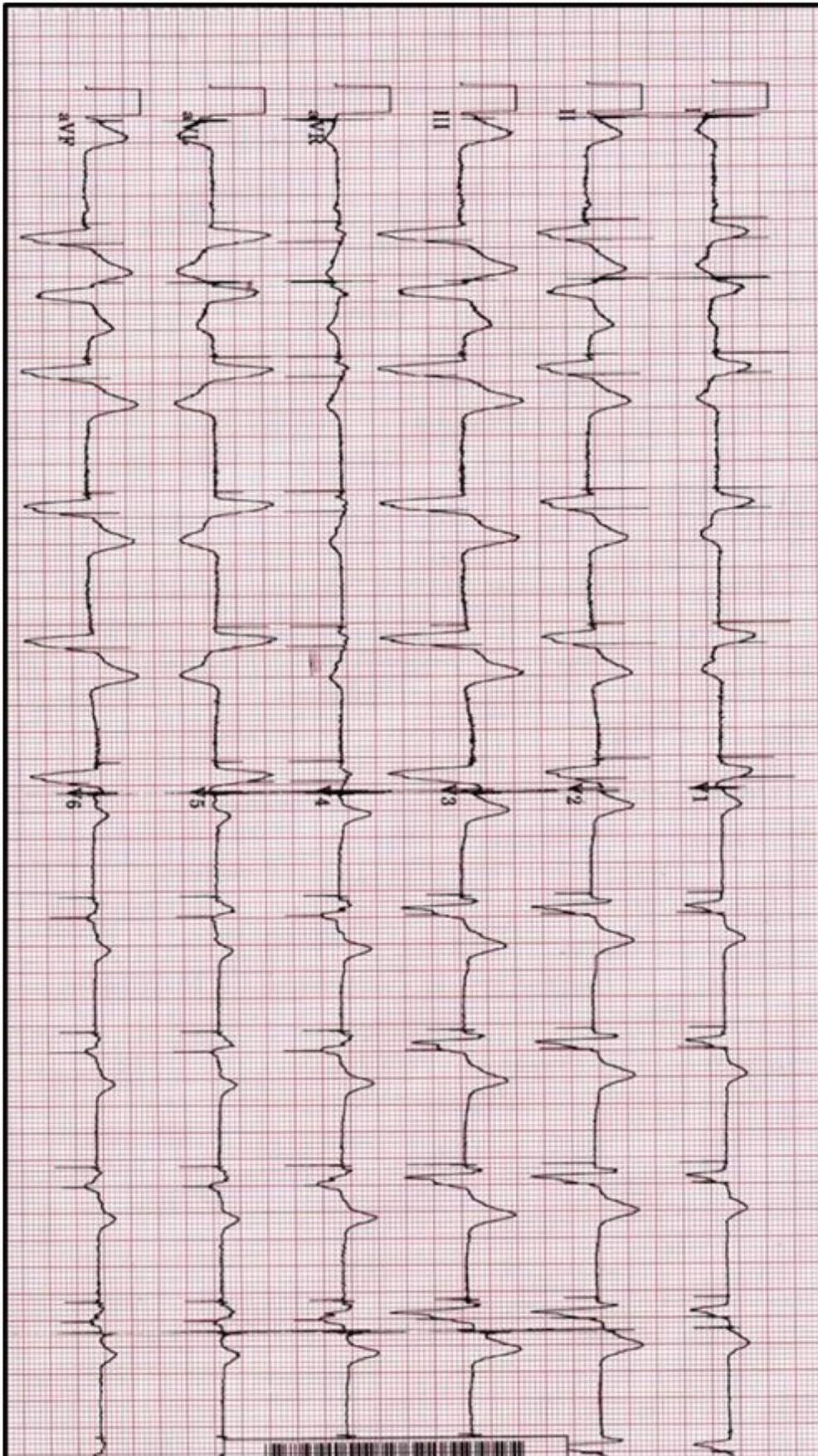


FIGURA 56

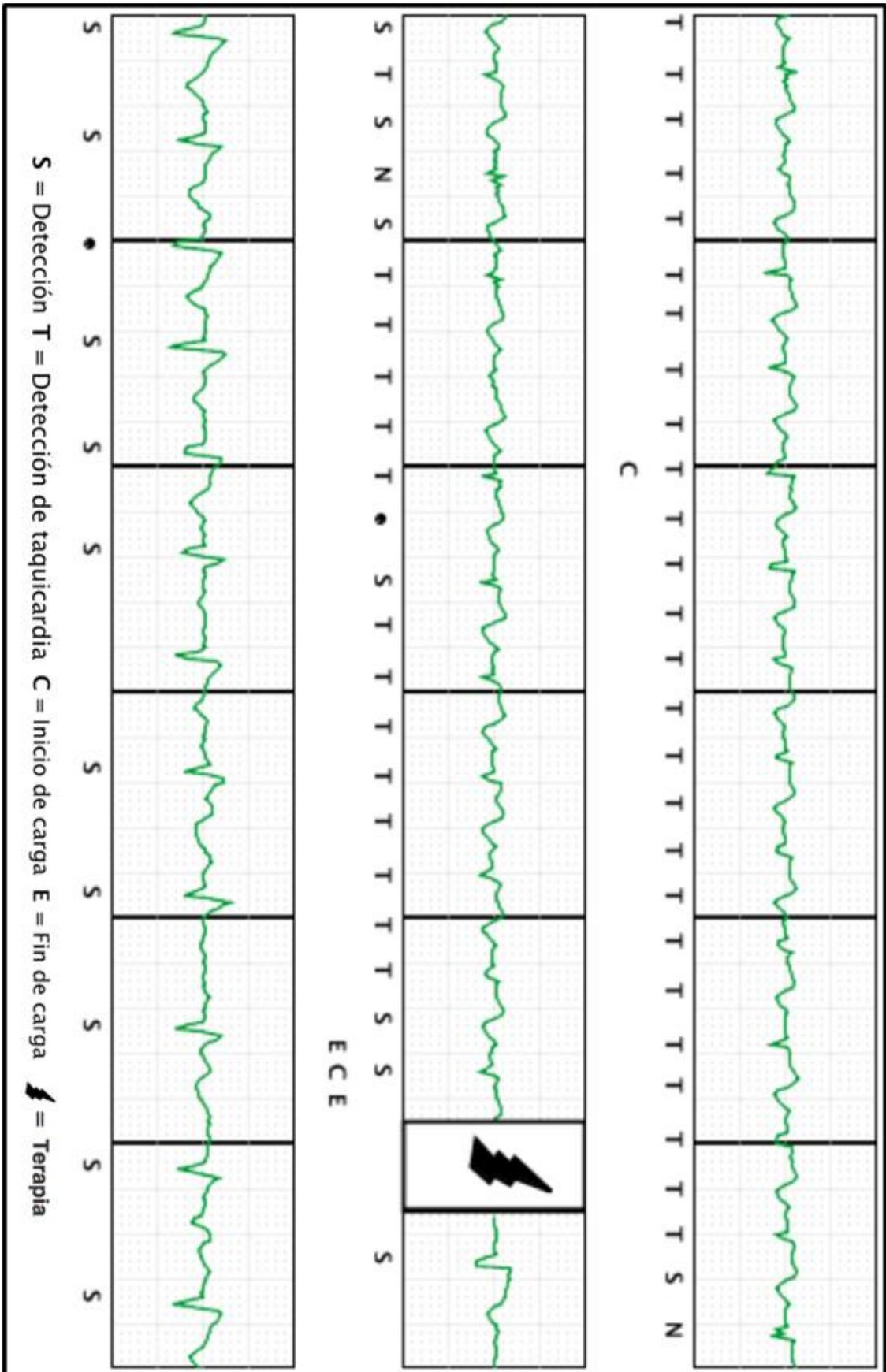


FIGURA 105

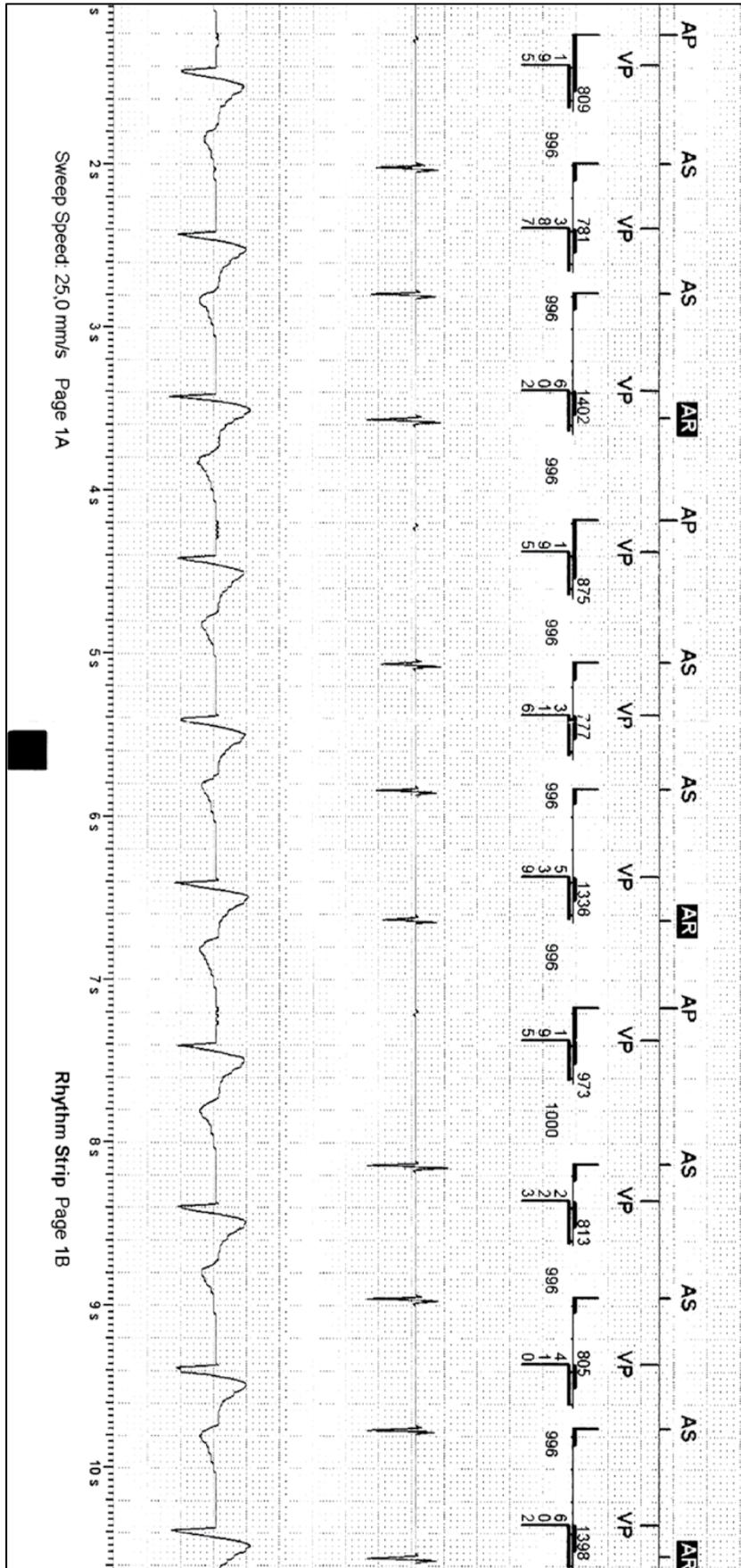


FIGURA 107.A

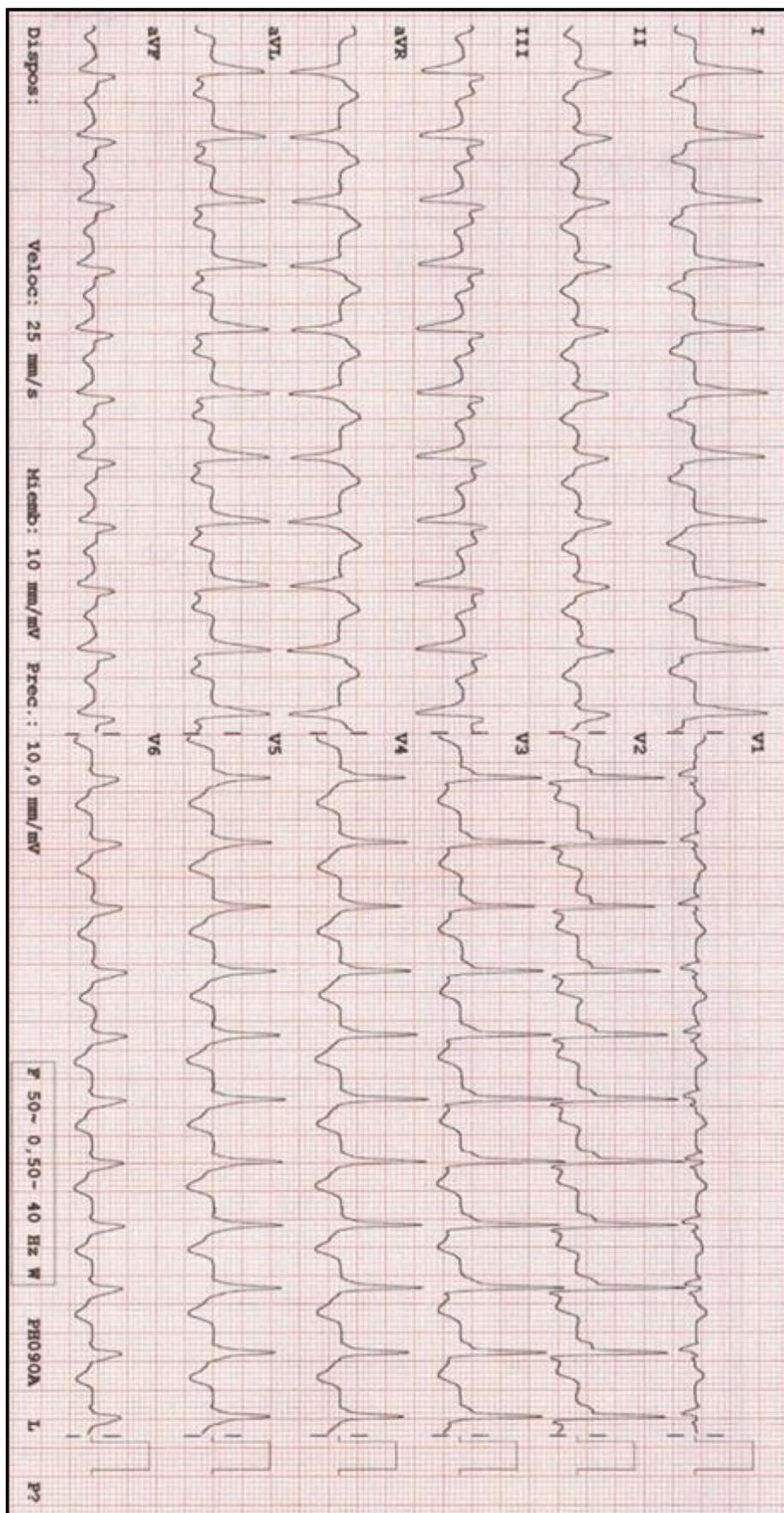


FIGURA 107.B

