



PROCESO SELECTIVO PARA LA ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Y DE TITULADO/A SANITARIO/A, EN LA RED HOSPITALARIA DE LA DEFENSA.

## **ESPECIALIDAD: CARDIOLOGÍA**

---

### **IMPORTANTE**

#### **ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES**

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 100 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas o incorrectas no tienen valor. Para superar el ejercicio debe tener 50 aciertos. Tiempo de realización de la prueba es de 150 min.
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida una nueva al equipo colaborador.
6. Datos de filiación en la hoja de respuesta.
7. Prohibido el uso de calculadoras, teléfonos móviles y/o cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.



**PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO**



- 1.Cuál de las siguientes recomendaciones para el tratamiento de pacientes con preexcitación asintomática es FALSA:
  - A) No se recomienda llevar a cabo un EEF con isoproterenol para estratificar el riesgo de los pacientes con preexcitación asintomática que tienen ocupaciones/aficiones de alto riesgo y para aquellos que participan en competiciones deportivas.
  - B) Se recomienda la ablación con catéter para pacientes asintomáticos cuyo EEF con isoproterenol identifique características de alto riesgo.
  - C) Se recomienda la ablación con catéter para pacientes con alto riesgo y preexcitación. asintomática tras la consideración de los riesgos, especialmente de bloqueo cardiaco asociado con ablación de las vías accesorias anteroseptales o medioseptales, y los beneficios de la intervención.
  - D) No se recomienda la estratificación del riesgo invasiva con un EEF para pacientes con características «de bajo riesgo» durante la estratificación del riesgo no invasiva.
  
2. Señale cuál de las siguientes recomendaciones de las Guía sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular de la Sociedad Europea de Cardiología de 2019 para el tratamiento de la taquicardia supraventricular en el embarazo es verdadera:
  - A) No se debe considerar la digoxina o el verapamilo para el control de la frecuencia de la taquicardia auricular si los bloqueadores beta fracasan en pacientes sin síndrome de WPW.
  - B) Se recomienda la amiodarona para mujeres embarazadas.
  - C) Se debe considerar la flecainida o la propafenona para pacientes con cardiopatía estructural o isquémica si los agentes bloqueadores del nódulo AV fracasan en la prevención de la TSV.
  - D) Se debe considerar la ablación con catéter con fluoroscopia en centros especializados para casos de TSV refractaria al tratamiento médico o mal tolerada.
  
3. De las recomendaciones para el tratamiento agudo de la taquicardia por reentrada auriculoventricular debida a vías accesorias ocultas o manifiestas en pacientes con estabilidad hemodinámica:



- A) Se recomienda la adenosina en la taquicardia por reentrada auriculoventricular antidrómica (bolo i.v. de 6-18 mg) si las maniobras vagales fracasan y la taquicardia es antidrómica.
- B) Se deben considerar el verapamilo o el diltiazem en la taquicardia por reentrada auriculoventricular antidrómica si las maniobras vagales fracasan.
- C) Se deben considerar los bloqueadores beta i.v. (esmolol o metoprolol) en la taquicardia por reentrada auriculoventricular ortodrómica en ausencia de insuficiencia cardíaca descompensada si las maniobras vagales y la adenosina fracasan.
- D) Se deben considerar la ibutilida i.v. o la procainamida o la flecainida o la propafenona o la cardioversión sincronizada en la taquicardia por reentrada auriculoventricular ortodrómica si las maniobras vagales y la adenosina fracasan.
4. En las recomendaciones para el tratamiento de la taquicardia supraventricular en el embarazo, señale la incorrecta:
- A) Se recomienda la ablación con catéter para las mujeres sintomáticas con TSV recurrente que estén planeando un embarazo.
- B) Se debe considerar un bloqueador selectivo beta 1 i.v. (excepto atenolol) para la terminación urgente o el control de la frecuencia de la TSV.
- C) NO se debe considerar la digoxina i.v. en la última versión de bolsillo de las Guías de Práctica Clínica para el control de la frecuencia de la taquicardia auricular si los bloqueadores beta fracasan.
- D) Si es posible, durante el primer trimestre de embarazo se recomienda evitar todos los fármacos antiarrítmicos.
5. Señale la afirmación FALSA en el tratamiento agudo de la taquicardia auricular multifocal en pacientes con estabilidad hemodinámica, según la Guía sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular de la Sociedad Europea de Cardiología de 2019:
- A) Se recomienda la anticoagulación, como en la FA, para pacientes con aleteo auricular y FA concomitantes
- B) Se recomienda la ibutilida i.v. o la dofetalida oral o i.v. (en hospital) para la conversión a ritmo sinusal en ausencia de prolongación del intervalo QTc.
- C) No se recomienda la cardioversión eléctrica de baja energía ( $\leq 100$  J bifásica) para la conversión a ritmo sinusal.
- D) Se recomienda la estimulación auricular rápida para la terminación del aleteo auricular en presencia de un marcapasos o desfibrilador implantado.



6. En las recomendaciones para el tratamiento agudo de la taquicardia de complejo QRS estrecho en ausencia de un diagnóstico establecido, según la Guía sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular de la Sociedad Europea de Cardiología de 2019:
- A) Se recomiendan para el tratamiento de la taquicardia por reentrada auriculoventricular debida a vías accesorias manifiestas u ocultas como tratamiento crónico la digoxina, los bloqueadores beta, el diltiazem, el verapamilo y la amiodarona, para pacientes con FA preexcitada.
  - B) Para el tratamiento urgente de la FA preexcitada en pacientes con estabilidad hemodinámica se recomienda la amiodarona i.v.
  - C) Para el tratamiento crónico de la TSV en adultos con cardiopatías congénitas se recomienda el sotalol como fármaco antiarrítmico de primera línea.
  - D) Para el tratamiento crónico de la TSV durante el embarazo no se recomienda la amiodarona.
7. Respecto a la afectación cardíaca en las distrofias musculares, señale la relación incorrecta teniendo en cuenta el siguiente orden: Miopatía, afectación cardíaca, frecuencia de afectación cardíaca y arritmia ventricular.
- A) Duchenne, miocardiopatía dilatada, >90%, extrasístole ventricular.
  - B) Miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert), trastornos de la conducción y miocardiopatía dilatada, 60-80%, taquicardia ventricular.
  - C) Emery-Dreifuss, trastornos de la conducción y miocardiopatía dilatada, >90%, Taquicardia ventricular.
  - D) Miotónica tipo 2, trastornos de la conducción ,10-25%, arritmias ventriculares muy comunes.
8. Respecto a las últimas recomendaciones en las enfermedades eléctricas primarias de la guía de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y la prevención de la muerte cardíaca súbita, señale la correcta:
- A) En la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica y en el síndrome de Qt largo los bloqueadores beta preferidos son los selectivos.
  - B) El patrón electrocardiográfico de Brugada tipo 1 provocado por bloqueadores de canales de sodio en ausencia de otros hallazgos, es diagnóstico de síndrome de Brugada.



- C) El patrón electrocardiográfico de repolarización temprana puede ser un hallazgo benigno y es distinto del síndrome de repolarización temprana.
- D) En pacientes asintomáticos con síndrome de QT largo nunca es útil calcular el riesgo arrítmico.
9. Teniendo en cuenta la edad del momento de presentación de arritmias ventriculares/muerte cardíaca súbita, predominio por sexos y arritmias ventriculares típicas (Taquicardia ventricular polimórfica/fibrilación ventricular frente a taquicardia ventricular monomorfa), señale la falsa de las siguientes:
- A) Síndrome de Brugada: entre los 30-40 años, predominio en varones, taquicardia ventricular polimórfica.
- B) Síndrome de QT largo: antes de los 40 años, prevalencia similar por sexos en adultos, taquicardia ventricular polimórfica.
- C) Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica: antes de los 20 años, prevalencia similar en ambos sexos, taquicardia ventricular polimórfica.
- D) Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho: edad de presentación variable, predominio en mujeres, taquicardia ventricular monomorfa.
10. Teniendo en cuenta los marcadores que MUY FUERTEMENTE han demostrado relacionarse con el riesgo de muerte cardíaca súbita las siguientes miocardiopatías señale la falsa:
- A) Miocardiopatía dilatada: realce tardío de gadolinio, mutaciones o genes de alto riesgo.
- B) Miocardiopatía arritmogénica: síncope.
- C) Miocardiopatía no compactada: Taquicardia ventricular no sostenida.
- D) Miocardiopatía hipertrófica: Taquicardia ventricular sostenida, síncope.
11. Respecto al tratamiento a largo plazo (administración oral de fármacos) de la TSV (taquicardia supraventricular) y la FA (fibrilación auricular) durante el embarazo señale la FALSA:
- A) Se recomiendan los bloqueadores beta 1 selectivos o el verapamilo para la prevención de la TSV en pacientes sin preexcitación en el ECG en reposo.
- B) No se recomienda la flecainida o la propafenona para la prevención de la TSV en pacientes con síndrome de WPW.
- C) Se recomienda el tratamiento con bloqueadores beta selectivos para el control de la frecuencia en la TA (taquicardia auricular) o la FA.



- D) Se debe considerar el tratamiento con flecainida, propafenona o sotalol para prevenir la TSV, la TA y la FA si fallaran los bloqueadores del nódulo AV.
12. En el tratamiento de las taquicardias ventriculares durante el embarazo, la guía ESC 2018 sobre el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo recomienda las siguientes, excepto:
- A) Para la conversión aguda de la TV sostenida, monomórfica y hemodinámicamente estable (p. ej., TV idiopática), se debe considerar un bloqueador beta, el sotalol, la flecainida, la procainamida o la sobrestimulación ventricular.
  - B) El DAI (preferiblemente monocameral), cuando tenga indicación clínica, se debe implantar antes del embarazo. Si surge una indicación clínica durante el embarazo, se recomienda el implante del DAI guiada por ecocardiografía, especialmente si el feto tiene más de 8 semanas.
  - C) Se recomiendan los bloqueadores beta durante el embarazo y el posparto de pacientes con SQTL o TV polimórfica catecolaminérgica
  - D) No se recomienda el tratamiento con bloqueadores beta o verapamilo, para la prevención de la TV sostenida idiopática cuando se asocie con síntomas graves o deterioro hemodinámico.
13. Según la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular ,se recomienda la ablación con catéter de las venas pulmonares para el control del ritmo cardiaco en caso de fracaso o intolerancia al tratamiento con FAA de clase I o III para mejorar los síntomas de recurrencia de los pacientes con:
- A) FA paroxística.
  - B) FA persistente con o sin factores de riesgo de recurrencia de la FA importantes.
  - C) Tratamiento de primera línea La ablación con catéter de la FA está recomendada para revertir la disfunción del VI en pacientes con FA cuando la miocardiopatía inducida por taquicardia sea muy probable, independientemente del estado sintomático.
  - D) Todas son verdaderas.
14. Dentro de las recomendaciones en la Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)sobre el control del riesgo de ictus antes, durante y después de la cardioversión, señale la falsa:



- A) Para pacientes con FA que van a someterse a cardioversión, se recomienda la administración de NACO con un perfil de eficacia y seguridad al menos similar a la warfarina.
- B) Para la cardioversión de la FA/flutter auricular, se recomienda la anticoagulación efectiva al menos las 3 semanas previas a la cardioversión B.
- C) Se recomienda la ETE para excluir trombos cardiacos como alternativa a la anticoagulación durante las 3 semanas previas al procedimiento cuando se planifica una cardioversión precoz.
- D) Para pacientes con trombos identificados por ETE, se recomienda la anticoagulación efectiva al menos las 6 semanas previas a la cardioversión de la FA.

15. Dentro de las recomendaciones en la Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) para el control del riesgo de ictus antes, durante y después de la ablación con catéter, señale la FALSA:

- A) Para pacientes con FA y factores de riesgo de ictus que no toman ACO antes de la ablación, se recomienda que el control del riesgo de ictus incluya la instauración de anticoagulación periprocedimiento, preferiblemente ACO terapéuticos al menos las 3 semanas previas a la ablación.
- B) Para pacientes que se van a someter a ablación con catéter de la FA y han recibido anticoagulación terapéutica con warfarina, dabigatrán, rivaroxabán, apixabán o edoxabán, se recomienda realizar el procedimiento de ablación sin interrumpir los ACO.
- C) Después de la ablación con catéter de la FA, se recomienda que la anticoagulación sistémica con warfarina o un NACO se mantenga durante al menos 3 meses.
- D) Después de la ablación con catéter de la FA, la anticoagulación sistémica a largo plazo (2 meses tras la ablación) se base en el perfil de riesgo de ictus del paciente y no en el éxito o el fracaso aparente del procedimiento de ablación.

16. El síncope por hipotensión ortostática se confirma cuando hay:

- A) Una caída de la PAS  $\geq 10$  mmHg o de la PAD  $\geq 20$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg que reproduzca los síntomas espontáneos
- B) Una caída de la PAS  $\geq 20$  mmHg o de la PAD  $\geq 10$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg que reproduzca los síntomas espontáneos



- C) Una caída de la PAS  $\geq 30$  mmHg o de la PAD  $\geq 20$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg que reproduzca los síntomas espontáneos
- D) Una caída de la PAS  $\geq 20$  mmHg o de la PAD  $\geq 10$  mmHg o una caída de la PAS a  $< 90$  mmHg independientemente de los síntomas.

17. Respecto a la prueba de esfuerzo en el estudio del síncope, señale la falsa:

- A) Está indicada la prueba de esfuerzo para los pacientes que sufren un síncope durante o poco después del ejercicio
- B) El síncope relacionado con BAV de segundo o tercer grado se confirma cuando este se desarrolla durante el ejercicio y se reproduzca el síncope
- C) El síncope relacionado con BAV de segundo o tercer grado se confirma cuando este se desarrolla durante el ejercicio, aunque no haya síncope
- D) El síncope reflejo se confirma cuando se reproduce inmediatamente después del ejercicio en presencia de hipotensión grave.

18. Dentro de las causas de bradicardia intrínsecas y extrínsecas señale la verdadera:

- A) El síndrome de apnea-hipoapnea durante el sueño sólo se ha relacionado con anomalías de la conducción auriculo-ventricular
- B) La difteria puede causar disfunción sinusal y anomalías de la conducción auriculo-ventricular
- C) La esclerodermia puede causar tanto disfunción sinusal como anomalías de la conducción auriculo-ventricular
- D) La endocarditis (absceso perivalvular) puede ser causa tanto de disfunción sinusal como anomalías de la conducción auriculo-ventricular.

19. En la estimulación tras TAVI señale la falsa:

- A) El BCRIHH es el predictor más potente y consistente de necesidad de marcapasos definitivo.
- B) La alteración del ritmo más frecuente tras TAVI es BCRIHH nuevo.
- C) Se debe considerar Holter ambulatorio o EEF si aparece BCRIHH con QRS  $>150$  ms o PR  $> 240$  ms tras el implante de TAVI.
- D) Si el paciente tiene alteraciones de la conducción IV previa y tras implante de TAVI desarrolla prolongación del QRS por  $> 240$  ms se debe considerar Holter ambulatorio o EEF.



20. Dentro de las complicaciones de las terapias de estimulación y resincronización cardíaca, señale la verdadera:

- A) Las tasas de complicaciones no difieren entre varones y mujeres.
- B) En varones el implante de marcapasos suele estar más indicado para la disfunción sinusal y la fibrilación auricular con bradicardia.
- C) En mujeres la tasa de eventos adversos (corregida por edad y tipo de dispositivo) relacionados con el procedimiento es significativamente más alta que en hombres.
- D) Las tasas de infección son más altas en los procedimientos de implante de marcapasos simples que en los de recambio de generador.

21. Según, las guías ESC 2022 sobre cardio-oncología, la estratificación del riesgo en edad cardiovascular antes de comenzar un tratamiento oncológico potencialmente cardiotoxico, está recomendado en todos los pacientes (clase y nivel de evidencia):

- A) IC
- B) IA
- C) IB
- D) IIa

22. De las siguientes afirmaciones, según las guías ESC 2022 sobre cardio-oncología, Diga la que NO es correcta:

- A) Se recomienda realizar un ECG a todos los pacientes que van a empezar tratamiento oncológico, como parte de su evaluación basal de riesgo cardiovascular (Clase I, nivel de evidencia B).
- B) Se recomienda realizar mediciones basales de biomarcadores cardíacos (troponinas/péptidos natriuréticos), a todos los pacientes con cáncer en con riesgo de disfunción cardíaca relacionada con el tratamiento, si estos biomarcadores van a ser seriados durante el mismo para detectar disfunción cardíaca asociada a los mismos (Clase I, nivel de evidencia C).
- C) Se recomienda realizar un ecocardiograma como primera línea para evaluar la función cardíaca en pacientes con cáncer (Clase I, nivel de evidencia C).
- D) Se debería considerar tratamiento con estatinas en pacientes con cáncer en riesgo alto o muy alto de toxicidad cardiovascular, como prevención primaria (Clase IIa, nivel de evidencia B).



23. En cuanto a la fibrilación en pacientes con cáncer:

- A) La fibrilación auricular ocurre con la misma proporción en cualquier tipo de cáncer.
- B) La coexistencia de cáncer en pacientes con fibrilación auricular incrementa el riesgo de muerte por cualquier causa, sangrado mayor y hemorragia intracraneal.
- C) La aparición de fibrilación auricular durante la cirugía oncológica es variable, y se ha estimado una mayor incidencia en la durante la cirugía del cáncer colorrectal.
- D) Para el control de frecuencia en pacientes oncológicos con fibrilación auricular, se prefieren fármacos calcioantagonistas.

24. En cuanto a las características hemodinámicas de la hipertensión pulmonar recapilar, una no es cierta:

- A) Presión arterial pulmonar media  $>20$  mmHg.
- B) Presión en el capilar pulmonar  $\leq 15$  mmHg.
- C) Resistencias vasculares pulmonares  $> 2$  UW.
- D) Todas son ciertas.

25. ¿Cuál de las siguientes anomalías NO es típica en pacientes con hipertensión pulmonar?

- A) P pulmonar ( $P > 0.25$  mV en derivación II).
- B) Eje normal (entre  $0$  y  $90^\circ$ )
- C) Bloqueo de rama derecha completo o incompleto.
- D) Criterios de hipertrofia ventricular derecha.

26. En pacientes con esclerodermia sistémica:

- A) La prevalencia de hipertensión pulmonar es mayor del 50%.
- B) El diagnóstico de hipertensión pulmonar en estos pacientes por ecocardiografía es óptimo.
- C) Para la detección de hipertensión pulmonar en estos pacientes se recomienda usar el algoritmo DETECT.
- D) Según las guías ESC 2022 sobre hipertensión pulmonar, se recomienda realizar una evaluación anual del riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar en pacientes con esclerodermia sistémica (Clase I, nivel de evidencia A).



27. Entre las recomendaciones para el tratamiento de hipertensión pulmonar idiopática hereditaria o asociada a fármacos, con test de vasorreactividad negativo encontramos las siguientes excepto (Guías ESC 2022 sobre hipertensión pulmonar:

- A) En pacientes con comorbilidad cardiopulmonar se recomienda el inicio secuencial con dos fármacos (Clase I, nivel de evidencia B).
- B) En pacientes sin comorbilidades se recomienda comenzar el tratamiento combinado de inicio con ambrisentán y tadalafilo (clase I, nivel de evidencia B).
- C) En pacientes sin comorbilidades, se recomienda comenzar el tratamiento combinado con macitentan y tadalafilo (clase I, nivel de evidencia B).
- D) En pacientes sin comorbilidades, no se recomienda comenzar el tratamiento combinado con macitentan, tadalafilo y selexipag (clase III, nivel de evidencia B).

28. La hipertensión arterial refractaria (diga la FALSA):

- A) Se ha estimado que tiene una prevalencia en torno al 10-13 % de los pacientes hipertensos tratados en España.
- B) Existe un pequeño grupo formado por pacientes hipertensos no controlados a pesar de seguir un régimen terapéutico con más de 5 fármacos antihipertensivos incluido un antialdosterónico, que responde a un fenotipo extremo de fallo de tratamiento farmacológico, y donde la única alternativa posible son otras terapias no farmacológicas como la denervación renal.
- C) Estos pacientes tienen una mayor prevalencia de obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, enfermedad renal crónica y lesión silente de órgano diana.
- D) Se define como hipertensión no controlada (PA > 140/90) a pesar de cambios de estilo de vida y del tratamiento con 4 o más fármacos antihipertensivos, sin uno de ellos un diurético, habiéndose descartado causas secundarias y confirmado esto con monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA).

29. En cuanto al uso de denervación renal percutánea es FALSO que:

- A) El documento de consenso JUKS concluye que no existen suficientes datos en la literatura científica para considerarla como tratamiento de rutina en pacientes hipertensos.



- B) El consenso de la Sociedad de Hipertensión de Taiwán, recoge en su publicación de 2019, que debe realizarse en todos los casos de hipertensión arterial refractaria.
  - C) El consenso taiwanés ha ideado un acrónimo para identificar a aquellos pacientes que serían candidatos adecuados para someterse a este tratamiento.
  - D) El consenso de la Sociedad Italiana de Hipertensión Arterial (SIIA), publicado en 2020, propone un algoritmo para seleccionar los pacientes candidatos, y la prescripción del proceso de evaluación a potencial candidato será realizada por el médico de atención primaria, por un cardiólogo o por un especialista en hipertensión arterial.
30. En el cribado de enfermedades cardiovasculares en deportistas:
- A) El cribado en deportistas mayores de 35 años se debe centrar en la detección de miocardiopatías con potencial riesgo de muerte súbita.
  - B) En los estudios de cribado CV en los que médicos con experiencia usan los estándares de interpretación electrocardiográfica contemporáneos, el cribado por ECG supera los antecedentes y la exploración clínica en todas las medidas estadísticas de rendimiento.
  - C) Dado que la ecocardiografía puede identificar otras enfermedades estructurales, hay suficiente evidencia para recomendarla como parte del cribado sistemático.
  - D) En adultos y personas mayores, especialmente aquellos sin experiencia previa con AF de moderada a vigorosa, la ergometría o la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) son útiles para la evaluación de la salud CV general y el rendimiento, pero no permiten realizar recomendaciones individuales sobre el deporte y el tipo de ejercicio y la intensidad.
31. El ejercicio en pacientes con factores de riesgo cardiovascular:
- A) El ejercicio regular reduce el riesgo de muchos desenlaces adversos, pero lo hace en mayor o menor medida dependiendo de la edad, el sexo, la etnia o las posibles comorbilidades.
  - B) Existe una relación dosis-efecto entre el ejercicio y la mortalidad CV total, con una reducción del 60% de los eventos adversos en comparación con personas sedentarias.



- C) La guía europea recomienda que las personas sanas de todas las edades realicen 150 min de ejercicio de resistencia moderado distribuido en 5 días a la semana o 75 min de ejercicio vigoroso distribuido en 3 días a la semana.
- D) La evaluación preliminar debe consistir en una autoevaluación de los síntomas y realización de ECG y ergometría a todos estos pacientes.
32. Con respecto a la estructura del Ministerio de Defensa (RD 372/2020) es VERDADERO:
- A) el Centro Nacional de Inteligencia depende directamente del Subsecretario de Defensa
  - B) el Centro de Sistemas y Tecnología de la Información y las Comunicaciones (CESTIC) depende de la Secretaría General de Política de Defensa
  - C) la Subdirección General de Proyectos y Obras depende de la Dirección General de Asuntos Económicos
  - D) la Inspección General de Sanidad de la Defensa depende de la Subsecretaría de Defensa
33. El cargo de Director del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” lo desempeña:
- A) dicho cargo recae en el General al mando de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESAN)
  - B) un Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
  - C) un General de División del Cuerpo Militar de Sanidad
  - D) un General de Brigada del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
34. La denominación correcta del Hospital Central de la Defensa (Orden Ministerial 1/2021 de 2 de enero) es:
- A) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro de Luz y Esperanza
  - B) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario de Excelencia Universitaria
  - C) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario de Vida y Esperanza
  - D) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario Victorioso Español
35. La estructura orgánica de las Fuerzas Armadas está compuesta por:
- A) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, y el conjunto de cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado
  - B) El Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire y del Espacio
  - C) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, la UME y el CNI
  - D) Ninguna de las anteriores.



36. La Unidad Militar de Emergencias (UME):
- A) está constituida de forma permanente y tiene como misión la intervención en cualquier lugar del territorio nacional y en el extranjero, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
  - B) está constituida de forma temporal y tiene como misión la intervención en cualquier lugar del territorio nacional y en el extranjero, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
  - C) está constituida de forma permanente y tiene como misión la exclusiva intervención en territorio nacional, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
  - D) está constituida de forma temporal y tiene como misión la exclusiva intervención en territorio nacional, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
37. Marcar la VERDADERA: El Centro Universitario de la Defensa (CUD):
- A) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad de Alcalá (UAH)
  - B) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad de San Pablo-CEU
  - C) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
  - D) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad Europea de Madrid (UEM)
38. Un Oficial Médico que luce como divisa tres estrellas de ocho puntas cada una será:
- A) Un Capitán
  - B) Un Coronel
  - C) Un General
  - D) Un Comandante
39. Marca la VERDADERA: El Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”:
- A) Es el único Hospital ROLE 4 de las Fuerzas Armadas
  - B) Presenta una Unidad de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN)
  - C) A y B son verdaderas
  - D) Su Unidad de Aislamiento se considera de Nivel Intermedio
40. Marca la VERDADERA: El Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”:
- A) Sólo atiende a personal militar y sus familiares
  - B) Es un Hospital adscrito al Servicio Madrileño de Salud



- C) Atiende exclusivamente a personal afiliado al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)
- D) No dispone de Cámara Hiperbárica

41. La organización básica de la Armada es:

- A) Cuartel General de Armada, Cuartel General de la Flota y Jefatura de Personal
- B) Estado Mayor de la Armada, Fuerza de Acción Marítima, Flotilla de Submarinos, Flotilla de Aeronaves y Fuerza de Infantería de Marina
- C) Cuartel General de Armada, Fuerza y Apoyo a la Fuerza
- D) Cuartel General de la Flota, Fuerza de Acción Marítima y Fuerza de Infantería de Marina

42. El Ministerio de Defensa:

- A) Es el departamento de la Administración General del Estado al que le corresponde la preparación, el desarrollo y la ejecución de la política de Defensa determinada por el Gobierno y la gestión de la administración militar
- B) Bajo la dirección de la persona titular del Departamento se estructura en Fuerzas Armadas, Secretaría de Estado de Defensa, Subsecretaría de Defensa y Secretaría General de Política de Defensa
- C) Es un órgano asesor y consultivo suyo la Junta Superior del Cuerpo Militar de Sanidad
- D) Todas son verdaderas

43. A la Secretaría General Técnica de la Subsecretaría de Defensa le corresponde:

- A) Gestionar el programa editorial y todas las publicaciones del Departamento
- B) Planificar, dirigir, supervisar y coordinar técnicamente todas las bibliotecas, archivos y museos del Departamento e impulsar la difusión de su patrimonio cultural
- C) Gestionar la Biblioteca Centro de Documentación de Defensa, el Archivo Central del Ministerio de Defensa y el Archivo General e Histórico de Defensa
- D) Todas las funciones anteriores le corresponden

44. El emblema del Cuerpo Militar de Sanidad es:

- A) la Cruz de Malta
- B) el símbolo internacional de la Cruz Roja
- C) la Cruz de Camarga
- D) El Cuerpo Militar de Sanidad no tiene emblemas oficiales

45. El emblema de la especialidad fundamental de Medicina del Cuerpo Militar de Sanidad está representado por:



- A) un caduceo de Esculapio con basto y áspid, acompañado por dos ramas de laurel curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
- B) un cáliz con áspid enrollado y cabeza en jefe, acompañadas por dos ramas de olivo curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
- C) un fonendoscopio acompañado por dos ramas de laurel curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
- D) una lira, superpuesta batuta en barra, acompañado por dos ramas de olivo curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta

46. Marca la VERDADERA: De acuerdo con el Reglamento General de Recompensas Militares, en lo referente a la concesión y uso de las mismas:

- A) La Cruz al Mérito Militar, al Mérito Naval o al Mérito Aeronáutico se puede conceder a todo personal militar y civil que se haga acreedor a las mismas
- B) exclusivamente se concede a personal militar y nunca a personal civil
- C) Solo se puede conceder a personal militar y civil si es funcionario, y nunca si es personal laboral
- D) Solo se puede conceder a personal militar y civil contratado por el Ministerio de Defensa

47. La insuficiencia cardiaca en pacientes con endocarditis infecciosa (señale la FALSA):

- A) Es la complicación más frecuente.
- B) Constituye la principal causa de indicación de cirugía en estos pacientes.
- C) Ocurre en mayor proporción cuando la válvula afectada es la mitral.
- D) La regurgitación mitral en válvula nativa con endocarditis suele ocurrir por rotura de cuerda tendinosa, rotura o perforación de una valva, o interferencia de la verruga al cierre valvular.

48. Son signos de infección local no controlada en endocarditis infecciosa:

- A) Formación de abscesos.
- B) Presencia de aneurismas.
- C) Presencia de fístulas.
- D) Rotura de cuerdas tendinosas.

49. Sospecharemos una pericarditis constrictiva (señale la FALSA):

- A) En el cateterismo cardiaco: hipertensión sistólica de VD marcada (>50 mmHg), además de que la presión diastólica ventricular izquierda supera



- a la presión diastólica ventricular derecha (LVEDP >RVEDP) en reposo o durante el ejercicio, en 5 mmHg o más.
- B) Paciente con dificultad respiratoria, fatiga y edemas en miembros inferiores.
  - C) Puede existir derrame pleural, ascitis, hepatomegalia y congestión venosa.
  - D) Presencia de signo de Kussmaul.
50. En todos los casos de sospecha de enfermedad del pericardio señale la FALSA:
- A) Se recomienda (Clase I, nivel de evidencia C) realización de ECG, ecocardiograma y radiografía de tórax.
  - B) En todos los pacientes en los que hay sospecha de pericarditis de origen tuberculoso, se debería considerar biopsia pericárdica percutánea (Clase IIa, nivel de evidencia C).
  - C) TC o RMN cardiaco como segunda línea de despistaje (Clase I, nivel de evidencia C).
  - D) Pericardiocentesis percutánea o drenaje quirúrgico ante taponamiento cardiaco o sospecha de pericarditis neoplásica o bacteriana (Clase I, nivel de evidencia C).
51. Las pruebas de vasorreactividad coronaria:
- A) Solo se utilizan como prueba de provocación de vasoespasmo en casos con sospecha clínica.
  - B) Son seguras en manos experimentadas y están exentas de complicaciones potencialmente graves.
  - C) Las indicaciones más habituales son en pacientes con angina o isquemia sin lesiones coronarias obstructivas, infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva (MINOCA), angina persistente tras revascularización coronaria, enfermedad obstructiva coronaria en la que hay sospecha clínica de angina de causa microvascular sobreañadida, y finalmente, aquellos con muerte súbita recuperada de causa indeterminada.
  - D) Existe un único protocolo de infusión de acetilcolina intracoronaria, que se utiliza de forma rutinaria y que se ha venido utilizando en todos los estudios más relevantes.
52. Una de las siguientes NO se encuentra típicamente en pacientes con amiloidosis cardíaca por transtirretina:



- A) Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida especialmente en varones.
- B) Intolerancia a betabloqueantes e IECAs.
- C) Síndrome del túnel carpiano bilateral.
- D) Estenosis del canal lumbar.

53. La miocarditis en contexto de Covid-19:

- A) Es una complicación frecuente y grave.
- B) No se ha descrito como complicación tras la inmunización con vacuna.
- C) Los síntomas más comunes son fiebre, tos, dolor torácico y disnea.
- D) Ser hombre es un factor de riesgo bien establecido para esta complicación.

54. Son causas reversibles de parada cardiorrespiratoria todas EXCEPTO:

- A) Taponamiento cardiaco.
- B) Trombosis coronaria o pulmonar.
- C) Neumotórax a tensión.
- D) Hipervolemia.

55. En cuanto a la disección aórtica:

- A) La mayoría de casos se producen en individuos entre los 50 y 70 años, si bien en individuos con síndromes de Marfán, Loeys-Dietz o Ehlers-Danlos suele presentarse en edades más tempranas.
- B) Se define como ruptura en la capa adventicia que deja pasar la sangre a la capa media, creando una falsa luz.
- C) Se define como aguda, durante las primeras 3 semanas de inicio de los síntomas, y crónica, pasadas estas tres semanas.
- D) La clasificación de Stanford tipo B son aquellas que no incluyen aorta ascendente ni cayado aórtico.

56. Respecto a la valoración ecocardiográfica en los pacientes con sospecha de hipertensión Pulmonar, las nuevas guías de hipertensión pulmonar de 2022 proponen, señale la correcta:

- A) Estimar la presión sistólica de arteria pulmonar en lugar de la velocidad de la Insuficiencia tricúspide para estimar la probabilidad ecocardiográfica.



- B) Ratio del diámetro basal VD/VI  $< 1$  es un signo indirecto.
- C) El tiempo de aceleración en el tracto de salida de la arteria pulmonar  $< 105$  mseg es un signo indirecto.
- D) La ratio TAPSE/PSAP representa una medida no invasiva del acoplamiento ventrículo derecho-arteria pulmonar, siendo los valores  $> 0.70$  un signo indirecto.

57. Respecto a la evaluación ecocardiográfica en los pacientes con sospecha de cardio Toxicidad señale la respuesta incorrecta:

- A) El strain longitudinal global se obtiene a partir de 3 planos: apical 4c, apical 2c y paraesternal eje largo.
- B) Se prefiere el cálculo de la función ventricular con ecocardiografía 3D.
- C) La presencia de un volumen telesistólico del ventrículo izquierdo aumentado puede ser un predictor de eventos cardiovasculares mayores (muerte cardiovascular o IC sintomática) en pacientes con fracción de eyección preservada.
- D) Reducciones en el strain global longitudinal superiores al 15% son el punto de corte con más especificidad para la monitorización seriada de los estudios.

58. La evaluación de los pacientes con sospecha IC con fracción de eyección preservada debe incluir la realización de ecocardiograma. Cuál de los siguientes no es un criterio ecocardiográfico:

- A) Fracción de eyección  $> 50$ .
- B) Volumen de la aurícula izquierda indexado  $> 20$  ml/M<sup>2</sup> en ritmo sinusal, o  $22$  ml/M<sup>2</sup> en fibrilación auricular.
- C) Relación E/e' en reposo  $> 9$ , en caso de ser  $> 13$  presenta mayor especificidad.
- D) Velocidad pico de la insuficiencia tricúspide  $> 2.8$  m/s.

59. La evaluación por técnicas de imagen en el paciente con estenosis aórtica: señale la incorrecta:

- A) La ecocardiografía transtorácica supone la técnica básica para su estudio.
- B) La velocidad máxima  $\geq 4$  m/s es sugestiva de estenosis aórtica severa.
- C) La medición por planimetría del área en ecocardiograma 2D es la técnica de elección para evaluar la severidad.
- D) Obtener un gradiente medio  $> 40$  mmHg es sugestivo de severidad.



60. Los criterios de severidad por ecocardiografía 2D de la insuficiencia mitral incluyen todos los siguientes, excepto uno:

- A) Vena contracta  $> 4$  mm ( $>5$ mm en biplano).
- B) Inversión del flujo sistólico en venas pulmonares.
- C) Volumen regurgitante  $> 60$  ml ( $>45$ ml en insuficiencia mitral secundaria en condiciones de bajo flujo).
- D) Orificio regurgitante (EROA) obtenido por PISA  $> 40$  mm<sup>2</sup> (podría considerarse  $> 30$  mm<sup>2</sup> en la insuficiencia mitral secundaria con un área elíptica del orificio).

61. Respecto a la prescripción del ejercicio en el paciente con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, señale la incorrecta:

- A) Se recomienda la realización de programa de rehabilitación cardíaca, con grado de recomendación IA.
- B) Se recomienda la realización de 3-5 sesiones semanales de ejercicio aeróbico.
- C) El entrenamiento de fuerza está contraindicado por suponer un aumento excesivo del gasto cardiaco de forma brusca.
- D) Los deportes de muy alta potencia y resistencia están contraindicados (grado de recomendación III).

62. Con la realización de una ergometría se pueden obtener los siguientes parámetros excepto uno:

- A) Reserva de frecuencia cardíaca.
- B) Índice cronotrópico.
- C) Índice de recuperación de frecuencia cardíaca en el primer minuto.
- D) METS directos.

63. En las guías de prevención cardiovascular publicadas por la Sociedad Europea de Cardiología en 2021 se propone la utilización de la escala de riesgo SCORE 2 y SCORE 2 OP para la estimación del riesgo cardiovascular en las personas sanas. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO se utilizan en dichas escalas?

- A) Edad.
- B) Tensión arterial sistólica.
- C) Colesterol LDL.



D) Consumo de tabaco.

64. ¿Cuál de los siguientes pacientes NO clasificaríamos como riesgo cardiovascular muy alto?

- A) Paciente con insuficiencia renal con FG de 30-44 ml/min/1.73m<sup>2</sup> y cociente albúmina-creatinina >30.
- B) Varón de 40 años, deportista, no fumador, sin consumo de tabaco, no dislipémico ni diabético, con función renal normal y antecedente de infarto de miocardio hace 2 años.
- C) Mujer de 60 años, sedentaria, con sobrepeso, con TAS 135 mmHg, no dislipémica, no diabética y no fumadora con grosor intima/media carotídeo patológico.
- D) Paciente de 60 años con hiperlipemia familiar primaria, con TAS 155mmHg y fumador, no diabético.

65. Respecto al paciente diabético con enfermedad cardiovascular se debe tener en cuenta todo, excepto los siguientes:

- A) El objetivo de control glucémico se realiza con medición HbA1c, que debería ser menor a 7% (53mmol/mol).
- B) La primera línea de tratamiento son ISGLT2 o inhibidores de GLP1.
- C) La metformina tiene un grado de recomendación IIa B.
- D) En el paciente que está en tratamiento con inhibidor GLP1, si no se alcanza adecuado control glucémico se debe añadir IDPP4, siendo sitagliptina el preferido tras los resultados del estudio TECOS.

66. En los pacientes con enfermedad cardiovascular los objetivos en el control de lípidos según las últimas guías europeas de prevención cardiovascular serían:

- A) Colesterol LDL < 55mg/dl, col no HDL < 90 mg/dl y apolipoproteína B < 100mg/dl.
- B) Colesterol LDL < 55mg/dl, col no HDL 85mg/dl, apolipoproteína B < 65 mg/dl.
- C) Colesterol LDL < 55mg/dl, colesterol no HDL < 65mg/dl, apolipoproteína B < 85 mg/dl.
- D) Colesterol LDL < 55mg/dl, colesterol no HDL < 100mg/dl, apolipoproteína B < 90 mg/dl.

67. Señale los valores de corte correctos para el diagnóstico de hipertensión arterial:



- A) Tensión arterial media en holter 24h >130/80 mmHg.
- B) Tensión tomada por paciente en domicilio media > 140/90 mmHg.
- C) Tensión arterial en consulta > 150/100 mmHg.
- D) Tensión arterial en holter 24horas media nocturna > 130/85 mmHg.

68. Respecto a la valoración del riesgo cardiovascular, señale la correcta:

- A) No se debe solicitar de rutina a todos los paciente estudios que ayuden a la modificación de la escala de riesgo cardiovascular tales como análisis genéticos, biomarcadores urinarios o test vasculares.
- B) Se debe realizar una valoración de riesgo cardiovascular rutinaria a todos los varones < 40 años y mujeres < 50 años que no tengan factores de riesgo conocidos.
- C) En los pacientes en tratamiento para el cáncer no se recomienda una valoración del riesgo cardiovascular ni la realización de cribado para factores de riesgo cardiovascular mayores.
- D) La escala de riesgo cardiovascular para la valoración de las personas sanas > 70 años propuesta por las guías de la sociedad europea de cardiología de prevención de 2021 es la escala SCORE.

69. Respecto al consumo de tabaco en el paciente con cardiopatía isquémica, señale la incorrecta:

- A) El consumo de tabaco es responsable del 85% de las causas de muerte evitables en fumadores, siendo más de la mitad de ellas de causa cardiovascular.
- B) Un fumador tiene un 50% de probabilidad de morir a causa del tabaco.
- C) Se puede prescribir terapia de sustitución de nicotina para ayudar en la fase de cese.
- D) El cese de tabaco es potencialmente la medida más efectiva para reducir infartos de miocardio y muerte.

70. En ergoespirometría uno de los siguientes conceptos es erróneo, señálelo:

- A) El consumo de oxígeno (VO<sub>2</sub>) es el parámetro más estudiado y el que mejor valora la capacidad funcional. Puede expresarse en términos absolutos (ml/Kg/min) o en porcentaje DEL PREDICHO.
- B) El tiempo medio de recuperación del consumo de oxígeno es el tiempo desde el final del esfuerzo hasta que el VO<sub>2</sub> disminuye al 50% del pico alcanzado.



- C) El cociente respiratorio o RER es la relación entre el volumen de CO<sub>2</sub> eliminado y el consumo de oxígeno y se usa como uno de los parámetros para determinar si una prueba es máxima.
- D) El pulso de oxígeno se obtiene de multiplicar el consumo de oxígeno (VO<sub>2</sub>) por La frecuencia cardíaca, representando el volumen de oxígeno extraído en los tejidos por cada látido cardíaco.

71. Para el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar se usa, con frecuencia, los criterios de la escala Duth. Uno de los siguientes no aparece en la valoración de dicha escala:

- A) Mutación funcional en los genes del receptor LDL.
- B) Xantomas tendinosos.
- C) Arco corneal >60 años.
- D) Historia de enfermedad coronaria precoz (<55 años varón, <60 años mujer).

72. Respecto al control glucémico en el paciente diabético, señale lo incorrecto:

- A) El control glucémico intensivo demostró, en el estudio ACCORD, en los pacientes diabéticos de alto riesgo beneficio en mortalidad cardiovascular.
- B) El estudio DIGAMI 1 reportó que el control glucémico estricto con insulina en los pacientes diabéticos tras infarto de miocardio reducía la mortalidad, sin embargo, estos resultados no fueron corroborados por el posterior DIGAMI 2.
- C) En la mayoría de los pacientes adultos el objetivo de control será HbA<sub>1c</sub> < 7%.
- D) En los pacientes ancianos frágiles se pueden plantear objetivos de control mas laxos y podría ser un objetivo razonable HbA<sub>1c</sub><8%

73. En la valoración de riesgo cardiovascular del paciente diabético NO se recomienda realizar una de las siguientes pruebas, presentando un grado de recomendación III en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de diabetes

- A) Determinación de microalbuminuria.
- B) ECG en reposo.
- C) Valoración por ultrasonidos de la carga de placa en arteria carótida o femoral.



D) Extracción de biomarcadores como troponina de forma rutinaria.

74. Respecto a la utilización de estatinas se debe tener en cuenta todo lo siguiente excepto:

- A) Puede presentar interacciones farmacológicas con fármacos metabolizados por CYP3A4, produciendo un aumento del riesgo de miopatía y rabdomiolisis.
- B) En mujeres con colesterol total elevado y deseo de gestación se debe recomendar estatina de potencia moderada.
- C) El uso combinado con gemfibrozilo aumenta el riesgo de miopatía y su uso conjunto debe evitarse.
- D) Las estatinas de alta potencia a alta dosis en combinación con ezetimibe e inhibidores de PCSK9 pueden aportar reducciones de aproximadamente 85% de colesterol LDL.

75. Se recomienda el screening de hipertensión arterial en los adultos mayores de 18 años. Señale cuál de los siguientes es falso:

- A) En caso de presentar valores de tensión arterial óptimos (TA <120/80) se recomienda volver a realizar toma a los 5 años.
- B) En caso de presentar valores de tensión arterial normal (TA 120-129/80-84) se recomienda volver a realizar toma a los 3 años.
- C) Se recomienda tomar la tensión arterial en ambos brazos (al menos la primera vez) puesto que una diferencia > 15 mmHg entre ambos brazos es sugestiva de enfermedad aterosclerótica y se asocia a riesgo cardiovascular aumentado.
- D) Si se detecta una diferencia de tensión arterial entre ambos brazos, se recomienda que las tomas de tensión arterial siguientes se realicen en el brazo que se han obtenido los valores más bajos.

76. En relación con la prevención tromboembólica en cardiopatías valvulares:

- A) La guía ESC de valvulopatías recoge los resultados del estudio INVICTUS.
- B) El cierre transcatéter de orejuela nunca está indicado en pacientes con valvulopatía significativa.
- C) Debe considerarse la oclusión quirúrgica de la orejuela en todos los pacientes con FA sometidos a cirugía valvular.
- D) Todas las anteriores son falsas.



77.Cuál de las siguientes no es correcta respecto a las indicaciones de intervención de las valvulopatías según la guía ESC 2021:

- A) La cirugía está indicada en pacientes asintomáticos con insuficiencia aórtica crónica y FEVI en reposo <55%.
- B) Debe considerarse la reparación quirúrgica de válvula mitral para pacientes asintomáticos con riesgo bajo FEVI > 60%, DTSVI < 40 mm y dilatación de la AI significativa.
- C) Debe considerarse la cirugía para pacientes con insuficiencia tricúspidea secundaria grave que están asintomáticos y tienen dilatación del VD, en ausencia de disfunción grave del VD o el VI o hipertensión pulmonar grave.
- D) Todas las anteriores son indicaciones establecidas de intervención en las valvulopatías.

78. La cirugía en la insuficiencia mitral secundaria (IMS)

- A) Está indicada en pacientes con IMS moderada acompañando a la cirugía de revascularización.
- B) Está indicada en pacientes asintomáticos con IMS grave y con FEVI <40%.
- C) La reparación no ha demostrado ser superior a la sustitución.
- D) Nunca debe llevarse a cabo.

79. En un paciente sintomático con insuficiencia mitral secundaria grave, no candidato a cirugía y con anatomía no favorable, las terapias transcatóter reciben eventualmente una indicación clase:

- A) IIa
- B) IIb
- C) III
- D) No se recogen en guías.

80. En relación con las características basales de los participantes del estudio COAPT cuál de las siguientes es incorrecta:

- A) Muy pocos pacientes NYHA IV.
- B) ORE en torno 0.41 mm<sup>2</sup>.
- C) Edad promedio en torno 60 años.
- D) Presión sistólica de arteria pulmonar promedio en torno 44 mmHg.

81.Cuál de las siguientes no es correcta:



- A) El recambio quirúrgico es la opción preferida en pacientes de < 75 años o STS PROM < 4% con estenosis aórtica grave.
- B) El implantes transfemoral de válvula aórtica es la opción preferida para pacientes  $\geq 75$  años o con STS-PROM >8% o que no son candidatos para cirugía.
- C) El recambio quirúrgico o TAVI están recomendados para el resto de los pacientes según las características clínicas, anatómicas y del procedimiento.
- D) Se aconseja TAVI por acceso alternativo distinto al transfemoral en la mayoría de los pacientes con acceso transfemoral inviable.
82. La edad promedio de los participantes en el estudio PARTNER 3 (Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low Risk Patients) fue de:
- A) 85 años
- B) 80 años
- C) 73 años
- D) 68 años
- 83.Cuál de los siguientes no se considera un escenario desfavorable para implante de una válvula aórtica transcatóter:
- A) Válvula aórtica tricúspide.
- B) Bloqueo de rama izquierda de base.
- C) Insuficiencia aórtica pura.
- D) Calíbre iliofemoral inferior a 5.5 mm.
- 84.Cuál es el punto de corte de la velocidad máxima del chorro que aconseja intervención en un paciente con estenosis aórtica grave asintomática, con buena función ventricular y ergometría negativa:
- A) 4m/s
- B) 4.5 m/s
- C) 5 m/S
- D) 5.5 m/s.
85. Para paciente con válvulas mecánicas que van a someterse a cirugía no cardíaca electiva, es falso que:



- A) Para procedimientos quirúrgicos menores (p.ej procedimientos dentales) se aconseja suspender solo una toma.
  - B) La cirugía mayor requiere la suspensión temporal de la anticoagulación oral y administrar tratamiento puente.
  - C) Se admite el uso de heparina no fraccionada o heparinas de bajo peso molecular.
  - D) El fondaparinux no debe emplearse sistemáticamente como tratamiento puente, pero puede ser útil para paciente con historia con trombocitopenia inducida por heparina.
86. Para pacientes con SCASEST que se someten a una ICP, el uso de prasugrel antes que ticagrelor:
- A) Está recomendado.
  - B) Se debe considerar.
  - C) Se puede considerar.
  - D) No se recomienda.
87. En la mayoría de pacientes con indicación de anticoagulación en los que se implanta un stent por un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST la duración más recomendada de tratamiento antiplaquetario doble concomitante es de:
- A) 1 semana.
  - B) 1 mes.
  - C) 3 meses.
  - D) 6 meses.
88. En relación con la revascularización coronaria en pacientes con síndromes coronarios agudos, es falso que:
- A) Se recomienda la angiografía inmediata para los pacientes sin elevación del segmento ST reanimados con éxito tras una parada cardíaca extrahospitalaria.
  - B) Está recomendado el acceso radial como estrategia estándar.
  - C) Se recomiendan los stents farmacoactivos en lugar de los stents sin recubrir para cualquier ICP.
  - D) Se debe considerar la revascularización completa en los pacientes con SCASEST, sin shock cardiogénico y con enfermedad multivaso.



89. Cuál de los siguientes no se considera por ser un criterio de alto riesgo de sangrado según la Academic Research Consortium (ARC-HBR)

- A) Uso previsto de anticoagulación oral a largo plazo.
- B) Hemoglobina < 11 g/dl.
- C) Edad > = 75 años.
- D) Todos los anteriores son criterios de alto riesgo de sangrado.

90. Cuál es el punto de corte para isquemia del iFR (índice diastólico instantáneo sin ondas):

- A) 0.75
- B) 0.80
- C) 0.86
- D) 0.89

91. El alta del paciente se efectuara en los siguientes supuestos, EXCEPTO:

- A) En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.
- B) El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
- C) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.
- D) Si el paciente no quiere recibir un tratamiento el medico puede solicitar el alta aun si hay alguna terapia alternativa.

92. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

- A) A la promoción de la salud.
- B) A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.



- C) A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
- D) Todas son correctas.

93. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, EXCEPTO:

- A) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- B) A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
- C) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- D) Todas son correctas.

94. Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

- A) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.
- B) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones Sanitarias.
- C) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
- D) Todas las anteriores.

95. Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:



- A) La promoción de los sistemas de saneamiento no es una de sus actuaciones.
  - B) La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
  - C) La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
  - D) B y C son correctas.
96. La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:
- A) Superación de las pruebas de selección.
  - B) Nombramiento conferido por el órgano competente.
  - C) Incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.
  - D) Todas las anteriores.
97. Para la pérdida de la condición de personal estatutario fijo. Son causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo, las siguientes, EXCEPTO:
- A) La renuncia.
  - B) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
  - C) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
  - D) La jubilación, a no ser que la condición física sea muy buena.
98. Como se podría realizar la recuperación de la condición de personal estatutario fijo.
- A) En el caso de pérdida de la condición de personal estatutario como consecuencia de pérdida de la nacionalidad, el interesado podrá recuperar dicha condición si acredita la desaparición de la causa que la motivó.
  - B) Procederá también la recuperación de la condición de personal estatutario cuando se hubiera perdido como consecuencia de incapacidad, si ésta es revisada conforme a las normas reguladoras del Régimen General de la Seguridad Social. Si la revisión se produce dentro de los dos años siguientes a la fecha de la declaración de incapacidad, el interesado tendrá derecho a incorporarse a plaza de la misma categoría y área de salud en que prestaba sus servicios.



- C) La recuperación de la condición de personal estatutario, salvo en el caso previsto en el último párrafo del apartado anterior, supondrá la simultánea declaración del interesado en la situación de excedencia voluntaria.
- D) Todas son correctas.
99. La provisión de plazas del personal estatutario se regirá por los siguientes principios básicos, que son los siguientes, EXCEPTO:
- A) Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud.
  - B) Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.
  - C) Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus instituciones y centros.
  - D) Todas están incluidas dentro de los principios básicos.
100. Para poder participar en los procesos de selección de personal estatutario fijo será necesario reunir los siguientes requisitos, EXCEPTO:
- A) Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al Tratado de la Unión Europea o a otros tratados ratificados por España, o tener reconocido tal derecho por norma legal.
  - B) Estar en posesión de la titulación exigida en la convocatoria o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.
  - C) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.
  - D) Tener cumplidos 18 años, no hay edad límite.
101. Respecto a las pruebas diagnósticas no invasivas sin síndromes coronarios crónicos, es falso que:
- A) El TC coronario tiene mayor rentabilidad en paciente con probabilidad clínica baja a intermedia.
  - B) Las pruebas funcionales tienen mejor correlación con el FFR.
  - C) En el estudio SCOT-HEART el TC coronario no se asoció a mayor número de revascularizaciones coronarias.
  - D) Todas las anteriores son correctas.



102. La guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST otorga a la evaluación de riesgo mediante la escala GRACE una recomendación clase:
- A) I
  - B) IIa
  - C) IIb
  - D) III
103. La disección coronaria espontánea, señalar la FALSA
- A) Causa hasta el 4% de los síndromes coronarios agudos.
  - B) Su incidencia es >20% en los SCA en mujeres de edad < 60 años.
  - C) La angiografía coronaria negativa no descarta el diagnóstico.
  - D) La mayoría de los casos requieren implante de un stent farmacoactivo para sellar la disección.
- 104.Cuál de las siguientes entidades diferentes al infarto agudo de miocardio no se asocia a elevación de troponinas cardíacas:
- A) Hipotiroidismo
  - B) Hemocromatosis
  - C) Esfuerzo físico extremo
  - D) Todas las anteriores pueden causar elevación de troponinas cardíacas.
- 105.Cuál de las siguientes no se considera una técnica de “doble stent” en bifurcación
- A) Provisional stenting
  - B) Minicrush
  - C) Culotte
  - D) TAP-stenting.
106. Quienes son los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria son:
- A) Todos los españoles
  - B) Los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.



- C) Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, que tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
- D) Todas las anteriores.
107. En la ley básica reguladora de la autonomía del paciente dentro de los principios básicos se encuentran todas las siguientes, EXCEPTO:
- A) La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
- B) Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
- C) El médico debe indicarle al paciente cual opción terapéutica debe elegir.
- D) Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
108. Se entiende por centro sanitario a:
- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) El conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
109. La historia clínica se define como:
- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.



- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) El conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

110. Se entiende por Consentimiento informado a:

- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.