



PROCESO SELECTIVO DE INGRESO, POR EL SISTEMA GENERAL DE ACCESO LIBRE, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, TITULADO/A SANITARIO/A, Y TÉCNICO/A TITULADO/A SUPERIOR 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 150 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas no tendrán valoración alguna y las preguntas contestadas erróneamente restarán un cuarto del valor asignado a la respuesta correcta. La puntuación máxima posible, correspondiente a 150 aciertos, será de 50 puntos. Para superar el ejercicio será necesario alcanzar la puntuación mínima de 25 puntos. Tiempo de realización de la prueba es de 180 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. 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.
  
2. 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.
  
3. 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.



- 4.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.
5. 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).
6. Los criterios de severidad por ecocardiografía 2D de la insuficiencia mitral incluyen todos los siguientes, excepto uno:
- A) Vena contracta > 4 mm (>5mm en biplano).
  - B) Inversión del flujo sistólico en venas pulmonares.
  - C) Volumen regurgitante > 60 ml (>45ml 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).
- 7.Cuál de las siguientes no se considera una técnica de “doble stent” en bifurcación
- A) Provisional stenting
  - B) Minicrush
  - C) Culotte
  - D) Tap- stenting.
8. Respecto a la miocardiopatía no compactada (MCNC), elige la opción incorrecta:
- A) Se define por un miocardio que presenta una capa con trabéculas ventriculares prominentes y recesos profundos y una capa fina compactada bajo éstas.
  - B) Se recomienda el estudio genético de formas de MCNC en pacientes asintomáticos.
  - C) Según un metaanálisis reciente, varios de los genes asociados a la MCNC se han descrito también en otras miocardiopatías, especialmente la dilatada (TTN, MYH7, MYBPC3).
  - D) La presentación clínica de la MCNC es muy variable. Existe una triada de manifestaciones típicas de MCNC, constituida por IC, arritmias y eventos embólicos, aunque hasta un 30% de los pacientes pueden persistir totalmente asintomáticos.
9. Respecto a las miocardiopatías restrictivas, elige la opción CORRECTA:
- A) Se considera la amiloidosis AL como la que más frecuentemente afecta al corazón en los países occidentales.
  - B) En general, el pronóstico de la amiloidosis AL es mejor que el de la amiloidosis ATTR.
  - C) La TTR (transtirretina) es una proteína plasmática con tendencia a disgregarse y depositarse. Esta tendencia puede verse aumentada por algunas mutaciones que pueden ocurrir de forma hereditaria o de forma natural (wild type o forma senil) y dar lugar a amiloidosis.



D) La miocardiopatía restrictiva idiopática es una enfermedad rara. Se ha descrito una herencia autosómica recesiva con penetración variable, así como casos esporádicos.

10. ¿Qué tipo de necrosis es característica del infarto agudo de miocardio?

- A) Necrosis licuefactiva.
- B) Necrosis coagulativa.
- C) Necrosis caseosa.
- D) Necrosis fibrinoide.

11. 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.

12. 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.

13. 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

14.Cuál de las siguientes recomendaciones para el tratamiento de pacientes con preexcitación 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.

15. 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.

16. 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.
17. Según las guías ESC 2022 sobre cardio-oncología, la estratificación del riesgo en edad cardiovascular antes de comenzar un tratamiento oncológico potencialmente cardiotóxico, está recomendado en todos los pacientes (clase y nivel de evidencia):
- A) IC
  - B) IA
  - C) IB
  - D) IIa
18. 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.
19. 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
20. 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).
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.

25. 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.

26. Para paciente con válvulas mecánicas que van a someterse a cirugía no cardíaca electiva, es falso que:

- A) Para procedimiento 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.

27. 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.

28. 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 ( $\leq 100$  Julios 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.

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

- A) La guía ESC de valvulopatías recoge los resultados del estudio INVICTUS.
- B) El cierre transcatóter 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.

30.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

31. Respecto a la miocardiopatía hipertrófica, señala la opción FALSA:



- A) La rentabilidad diagnóstica del test genético en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) es aproximadamente del 30 al 60% significativamente mayor cuando existe historia familiar de hipertrofia, inicio precoz de la enfermedad y mayor severidad.
- B) Las variantes patogénicas identificadas con mayor frecuencia se encuentran en los genes MYH7 y MYBPC3 y supone el 80% de los casos en los que se alcanza un diagnóstico genético.
- C) Existen hasta 57 genes que se han asociado a la MCH tanto de origen en el sarcomero como relacionado con síndromes que presentan hipertrofia ventricular izquierda.
- D) De estos 18 genes han sido clasificados como definitivos para el diagnóstico genético de MCH.

32. 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.

33. 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.



- C) Se recomienda ETE 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.

34. En cuanto a la fibrilación en pacientes con cáncer. Señale la CORRECTA:

- 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.

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

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

36.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 implante transfemoral de válvula aórtica es la opción preferida para pacientes  $> = 75$  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.



37. La edad promedio de los participantes en el estudio PARTNER 3 (Trans Catheter-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
- 38.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.
39. Con respecto a la Enfermedad de Fabry, señala la opción falsa:
- A) Es el trastorno de depósito de glucógeno más frecuente con una herencia recesiva ligada a X.
  - B) Las manifestaciones clínicas cardíacas suelen aparecer en la tercera década de la vida en varones (aparición más tardía en mujeres) en forma de disnea, dolor torácico o palpitaciones.
  - C) El hallazgo típico en la resonancia cardíaca es la fibrosis intramiocárdica que afecta característicamente el segmento basal ínfero-lateral del VI. En las imágenes paramétricas, son típicos de esta enfermedad valores T1 precontraste bajos en segmentos de miocardio sin realce tardío.
  - D) Todas son incorrectas.
40. Respecto a las miocardiopatías, señala la respuesta FALSA:
- A) La presentación común de la sobrecarga de hierro ocurre en forma de miocardiopatía restrictiva en las primeras fases, que evoluciona hacia una miocardiopatía dilatada sin poder evitarlo.
  - B) La mortalidad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en la sobrecarga miocárdica de hierro.



- C) Múltiples causas pueden llevar a la sobrecarga miocárdica de hierro: hemocromatosis, hemoglobinopatías (alfa y beta talasemia, anemia de células falciformes, etc.) y síndromes mielodisplásicos entre otras.
- D) Existen marcadores analíticos de sobrecarga de hierro (saturación de transferrina mayor del 55% o ferritina superior a 200-300 ng/ml) aunque su especificidad es baja.

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

- 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.

42. 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.

43. 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 latido cardíaco.
44. 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.
45. 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.
46. 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. Señale la CORRECTA:
- 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.
47. 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.
- 48.Cuál de los siguientes no se considera un escenario desfavorable para implante de una válvula aórtica transcatóter:
- A) Válvula aórtica bicúspide.
- B) Bloqueo de rama izquierda de base.
- C) Insuficiencia aórtica pura.
- D) Calíbre iliofemoral inferior a 5.5 mm.
- 49.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.
50. 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.

51. 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.

52. 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, siendo uno de ellos un diurético, habiéndose descartado causas secundarias y confirmado esto con monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA).



53. 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.

54. Una de las siguientes NO se encuentra típicamente en pacientes con amiloidosis cardíaca por transtirretina:

- A) Insuficiencia cardíaca 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.

55. 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.

56. 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.

57. 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 previa y tras implante de TAVI desarrolla prolongación del QRS o del PR > 20 ms se puede considerar Holter ambulatorio o EEF.

58. 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.

59. 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) Se recomienda TC o RMN cardiaco como segunda línea de despistaje (Clase I, nivel de evidencia C)
- D) Se recomienda pericardiocentesis percutánea o drenaje quirúrgico ante taponamiento cardiaco o sospecha de pericarditis neoplásica o bacteriana (Clase I, nivel de evidencia C).

60. 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.

61. ¿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 antecedentes 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.

62. 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.

63. 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.

64. 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 HbA1c < 7%.
- D) En los pacientes ancianos frágiles se pueden plantear objetivos de control más laxo y podría ser uno razonable el de Hb A1c < 8%

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

- A) P pulmonar ( $P > 0.25$  mV en derivación II).



- B) Eje normal (entre 0 y 90º)
- C) Bloqueo de rama derecha completo o incompleto
- D) Criterios de hipertrofia ventricular derecha.

66. 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.

67.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.

68. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO se encuentra en la miocardiopatía restrictiva?

- A) Función sistólica normal o ligeramente reducida.
- B) Presiones de llenado izquierda y derecha elevadas.
- C) Movimiento sistólico anterior de la válvula mitral.
- D) Bajo voltaje y alteraciones de la conducción en el electrocardiograma

69. Respecto de la miocardiopatía arritmogénica (MCA) elige la opción CORRECTA:

- A) Es una enfermedad isquémica del músculo cardíaco, cuya característica patognomónica es su frecuente presentación clínica con arritmias.
- B) La prevalencia comunicada de MCA del VD es de 1 caso por 50.000 habitantes en la población general.
- C) Hasta en un 80% de los casos se encuentra una historia familiar.
- D) La forma de herencia más frecuente es la autosómica dominante, habiendo algún caso de herencia autosómica recesiva (como en la enfermedad de Naxos, que asocia alteraciones en la piel y el pelo a la miocardiopatía).



70. De las recomendaciones para en tratamiento agudo de la taquicardia por re-entrada auriculoventricular debida a las 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.

71. 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.

72. 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 éste 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.

73. Dentro de las causas de bradicardia intrínsecas y extrínseca 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.

74. 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 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).



75. 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).

76. 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 Taiwan, 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.

77. El ejercicio en paciente con factores de riesgo cardiovascular en las Guías de Cardiología del Deporte de 2020:

- 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 resistencia moderado distribuido en 5 días



a la semana o 75 minutos 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.

78. Son causas reversibles de parada cardiorrespiratoria todas EXCEPTO:

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

79. Las pruebas de vasorreactividad coronaria. Señale la CORRECTA:

- 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 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.

80. En cuanto a la disección aórtica:

- A) La mayoría de los casos se producen en individuos entre los 50 y 70 años, sí 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.



81. 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 24 horas media nocturna > 130/85 mmHg.
82. 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 > 0.4 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.
83. 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).
84. 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 rhabdomiolisis.
  - 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.

85. 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.

86. Las enfermedades endomiocárdicas, señala la opción VERDADERA:

- A) Se trata de un conjunto de enfermedades raras: fibrosis endomiocárdica, fibroelastosis endocárdica, síndromes hipereosinofílicos y enfermedad carcinoide.
- B) La fibrosis endomiocárdica es la más frecuente de este grupo, presentando una mayor prevalencia en África y los trópicos. Afecta especialmente a poblaciones con escaso desarrollo económico.
- C) La ecografía muestra una imagen típica de ventrículos pequeños con ápex retraídos y ocupados. También es frecuente encontrar disfunción severa de válvulas auriculoventriculares.
- D) Todas son correctas.

87. 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 de 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, apixaban o edoxaban, 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.

88. Respecto al tratamiento de la Hipercolesterolemia Familiar homocigita. Señala la FALSA:

- A) Es una enfermedad autosómica dominante causada por defectos en el gen que codifica el receptor de LDL-c.
- B) Clínicamente se caracteriza por concentraciones plasmáticas de Colesterol y LDL-c muy elevados, xantomas tendinosos, arco corneal, y aterosclerosis prematura generalizada especialmente coronaria.
- C) Se distingue la forma homocigota cuya prevalencia estimada es de 1 por 1000 habitantes y la heterocigota con una prevalencia de 1 por cada 1000 habitantes.
- D) Todas son falsas.

89. 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.

90. Respecto a la enfermedad cardíaca inducida por radiación. Señala la CORRECTA

- A) Una de las manifestaciones es la miocardiopatía restrictiva.
- B) La fibrosis miocárdica puede ser un hallazgo incidental hasta 10 años después del tratamiento con radioterapia.
- C) Los cuadros de miocardiopatía restrictiva suelen ocurrir en pacientes con tratamiento concomitante con antraciclinas.



D) Todas son correctas.

91. En relación con los tiempos de atención al infarto con elevación del segmento ST Cuál de los siguientes es inapropiado:

- A) Tiempo máximo desde el primer contacto médico hasta el ECG < 10 min
- B) Máxima demora prevista entre el diagnóstico y el paso de la guía < 120min
- C) Máxima demora entre el diagnóstico de IAMCEST y el paso de la guía en pacientes que se presentan en un centro con ICP < 90 min
- D) Máxima demora desde el inicio de la fibrinólisis hasta la evaluación de su efecto (éxito o fracaso) 60-90 min.

92. Respecto al diagnóstico electrocardiográfico del infarto con elevación del segmento ST, señale la FALSA:

- A) En presencia de bloqueo de rama, el diagnóstico de IAM por ECG es difícil pero a menudo posible cuando hay anomalías del segmento ST importantes.
- B) Debe considerarse el uso de derivaciones adicionales de la pared torácica posterior en todos los infartos.
- C) Los pacientes con IAM y bloqueo de rama derecha tienen mal pronóstico.
- D) Puede ser difícil detectar isquemia transmural en pacientes con dolor torácico y bloqueo de rama derecha.

93. En el manejo de la parada cardíaca en el infarto con elevación del segmento ST (IAMCEST) es falso que:

- A) Se recomienda la estrategia de ICP primaria para pacientes reanimados de una parada cardíaca con ECG compatible con IAMCEST.
- B) Está indicada la hipotermia terapéutica con objetivos de temperatura tras la reanimación de una parada cardíaca de pacientes que no responden.
- C) Debe considerarse la angiografía urgente (e ICP, sí procede) para pacientes reanimados de una parada cardíaca sin diagnóstico de elevación del segmento ST, pero con alta sospecha de isquemia miocárdica en curso.



- D) Se recomienda en enfriamiento corporal prehospitalario con infusión i.v. de fluidos inmediatamente después del retorno espontáneo de la circulación.

94. En la ruptura del tabique interventricular postinfarto, es falso que:

- A) Por lo general, se presenta como un deterioro clínico de inicio rápido con un soplo sistólico intenso durante la fase subaguda del infarto.
- B) Se produce con igual frecuencia en el infarto anterior y posterolateral.
- C) Puede requerir el implante de un catéter de Swan-Ganz.
- D) No existe la posibilidad de un cierre percutáneo ya que se produce en la porción muscular del tabique.

95. En la guía europea de síndromes coronarios crónicos, tras el implante de un stent coronario la indicación de doble antiagregación plaquetaria durante 3 meses en pacientes de alto riesgo hemorrágico recibe una recomendación

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

96. En el estudio MASTER DAPT, cual es la falsa

- A) Se realizó en pacientes con algún factor de riesgo de sangrado.
- B) El brazo abreviado recibió tratamiento antiplaquetario doble durante aproximadamente 1 mes.
- C) El brazo estándar recibió tratamiento antiplaquetario doble durante aproximadamente 12 meses.
- D) El brazo abreviado prosiguió mayoritariamente con clopidogrel en monoterapia.

97. La recomendación de coronariografía precoz en las primeras 24 horas en un síndrome coronario agudo:

- A) Está firmemente contrastada en ensayos clínicos randomizados.
- B) Difiere entre las diferentes sociedades científicas.
- C) Nunca debe administrarse pretratamiento con un inhibidor de la P2Y12
- D) Todas las anteriores son falsas.



98. Cuál de las siguientes no constituye una indicación contrastada de intervención en la insuficiencia mitral primaria grave:
- A) Síntomas.
  - B) Diámetro de aurícula izquierda > 55 mm
  - C) Diámetro telesistólico de VI > 40 mm o fracción de eyección < 60%
  - D) Intervención concomitante de valvulopatía aórtica severa.
99. Cuál de las siguientes no constituye una contraindicación para la comisurotomía mitral percutánea
- A) Trombo en la aurícula izquierda.
  - B) Insuficiencia mitral de cualquier grado.
  - C) Calcificación grave o bicomisural.
  - D) Ausencia de fusión comisural.
100. Cuál de las siguientes es incorrecta respecto a la insuficiencia tricúspidea
- A) La intervención percutánea está indicada en pacientes poco sintomáticos para prevenir el deterioro de la función ventricular.
  - B) La insuficiencia tricúspidea moderada o grave afecta a alrededor del 4% de los pacientes de 75 años o más.
  - C) La insuficiencia tricúspidea secundaria tiene relación independiente con la mortalidad.
  - D) Los electrodos de los dispositivos cardíacos producen insuficiencia tricúspidea progresiva en un 20-30% de los pacientes.
101. Cuál de los siguientes factores no se ha demostrado estar relacionado con el riesgo de desarrollar disfunción ventricular en pacientes tratados con fármacos antitumorales y radioterapia (si el volumen de radiación incluye, total o parcialmente el corazón:
- A) Mujeres
  - B) Edad <15 o >65 años
  - C) Insuficiencia renal.
  - D) Insuficiencia hepática.
102. De las técnicas de imagen y biomarcadores empleados en la monitorización y diagnóstico de la cardiotoxicidad de los tratamientos antitumorales, los que presentan ventaja de alto valor predictivo negativo son:



- A) Troponina I
- B) Ecografía 3D
- C) Strain longitudinal global
- D) A y C son verdaderas.

103. Se debe desaconsejar el embarazo en las siguientes pacientes, excepto

- A) HAP
- B) Ehlers-Danlos vascular.
- C) Cuando no se normaliza la FEVI de mujeres con miocardiopatía periparto previa
- D) Todas son verdaderas.

104. La estimación del riesgo quirúrgico según el tipo de cirugía o intervención (referida al cálculo aproximado del riesgo de muerte cardiovascular e infarto de miocardio a los 30 días basado solo en la intervención quirúrgica específica y sin tener en cuenta las comorbilidades del paciente) es ALTO (>5%) excepto en:

- A) Cistectomía total
- B) Trasplante renal
- C) Trasplante pulmonar o hepático
- D) Resección de glándulas suprarrenales.

105. Respecto al tratamiento de la hipertensión arterial durante el embarazo, señale la FALSA:

- A) Se recomienda el tratamiento con AAS a dosis baja (100-150 mg/día) para mujeres con riesgo moderado o alto de preeclampsia desde la semana 12 hasta las semanas 36-37.
- B) Para las mujeres con hipertensión gestacional o hipertensión preexistente a las que se añade la hipertensión gestacional o con hipertensión y daño orgánico subclínico o síntomas en cualquier momento del embarazo, se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico cuando la PAS sea > 150 mm Hg o la PAD > 95 mm Hg. En cualquier otra circunstancia, se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico si la PAS es > 140 o la PAD > 90 mm Hg.
- C) La PAS > 170 o la PAD > 110 mmHg en una embarazada es una urgencia y se recomienda la hospitalización.



- D) Se recomienda el tratamiento con metildopa, labetalol y bloqueadores canales de calcio para el tratamiento de la hipertensión gestacional.
106. De las siguientes afirmaciones para la prevención y el tratamiento de la Tromboembolia venosa durante el embarazo, señale la FALSA:
- A) Se recomienda para todas las mujeres una evaluación documentada de los factores de riesgo de TEV antes del embarazo o al inicio de este
  - B) La dosis terapéutica de HBPM debe basarse en el peso corporal
  - C) El tratamiento con trombolíticos para las pacientes con embolia pulmonar no está recomendado cuando haya hipotensión grave o shock
  - D) Se recomienda la tromboprofilaxis con HBPM durante el primer trimestre para las mujeres con un procedimiento de fertilización in vitro complicado con SHEO (síndrome de hiperestimulación ovárica).
107. Dentro de las recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la Tromboembolia venosa durante el embarazo, señale la incorrecta:
- A) Se recomienda el tratamiento con HBPM para la prevención y el tratamiento de las embarazadas con TEV (tromboembolia venosa).
  - B) Se recomienda administrar a las mujeres en riesgo una dosis profiláctica de HBPM ajustada por peso (por ej. Enoxaparina 0.5 mg/Kg 1 vez al día).
  - C) La dosis terapéutica de HBPM debe basarse en el peso corporal.
  - D) Para las mujeres con alto riesgo, se recomienda cambiar la HBPM por HNF al menos 24 horas antes del parto y detener la infusión de HNF 4-6 horas antes del parto anticipado. El TTPa debe ser normal antes de la anestesia regional.
108. Para el tratamiento de las miocardiopatías y la insuficiencia cardíaca durante el embarazo, señale la falsa
- A) Se recomienda tratar a las mujeres con IC durante el embarazo según la guía vigente para pacientes no embarazadas, respetando contraindicaciones para algunos fármacos durante el embarazo.
  - B) No se recomienda anticoagulación terapéutica con AVK independientemente de la etapa del embarazo de las pacientes con FA.
  - C) Se recomienda la anticoagulación terapéutica con HBPM o AVK según la etapa del embarazo de las pacientes con FA



- D) El tratamiento con bromocriptina debe acompañarse de anticoagulación profiláctica (o terapéutica).
109. Respecto al tratamiento de la cardiopatía valvular nativa en la gestante, se recomienda, señale la verdadera
- A) Se debe considerar la intervención antes del embarazo para las pacientes con EA grave si están asintomáticas
  - B) Se debe considerar la intervención después del embarazo para las pacientes con EA grave si aparecen síntomas durante la prueba de esfuerzo.
  - C) Las pacientes con EM y área valvular  $< 1.0 \text{ cm}^2$  deben someterse a intervención antes del embarazo.
  - D) Para las pacientes con estenosis mitral con síntomas o hipertensión pulmonar, se recomienda restricción de las actividades y no se recomiendan bloqueadores beta-1 selectivos.
110. Tras un síndrome coronario agudo en un atleta de competición de deportes de alta intensidad. Señale la CORRECTA:
- A) Tiene absolutamente contraindicada la vuelta a su deporte.
  - B) 1 semana tras el evento puede retornar a su práctica deportiva habitual.
  - C) Se recomienda evaluación individualizada repitiendo coronariografía y prueba de detección de isquemia.
  - D) Se recomienda valoración individualizada con ecocardiograma, prueba de esfuerzo o ergoespirometría.
111. Respecto a la valoración en la insuficiencia aórtica severa, señale la CORRECTA:
- A) Está contraindicada la realización de ejercicio físico de intensidad media o alta de forma recreativa si la FEVI  $< 50\%$  o hay presencia de arritmias.
  - B) En ecocardiografía transtorácica es sugestivo de severidad una vena contracta  $> 3\text{mm}$ .
  - C) En la valoración con ecocardiograma no es preciso medir volúmenes ventriculares.
  - D) Sí en ecocardiografía se objetiva inversión sistólica del flujo en aorta descendente es muy sugestivo de severidad.



112. Respecto a la diabetes señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Los pacientes con insuficiencia cardíaca y diabetes tienen mayor riesgo de hospitalización por descompensación de insuficiencia cardíaca, y de mortalidad cardiovascular y de mortalidad por todas las causas.
- B) El paciente diabético tiene más riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca.
- C) El paciente con insuficiencia cardíaca tiene más riesgo de diabetes.
- D) El tratamiento de primera línea del paciente con insuficiencia cardíaca y diabetes incluye el uso de i SGLT2. Sí no hay adecuado control se debe valorar añadir tiazolidindionas (pioglitazona, rosiglitazona) o saxagliptina.

113. Respecto a los criterios diagnósticos de diabetes propuestos por la ADA en 2019 señale la respuesta incorrecta:

- A) Se recomienda la realización de glucosa en ayunas, siendo el punto de corte mayor o igual a 126 mg/dl (7 mmol/L).
- B) Se recomienda determinación de HbA1c, siendo el punto de corte mayor o igual a 7% (48 mmol/mol).
- C) 201El punto de corte para la sobrecarga oral de glucosa a las 2 horas es mayor o igual a 200 mg/dl (11.1 mmol/L).
- D) 201El punto de corte para la SOG a las 2 horas es mayor o igual a 20000 mg/dl-

114. Respecto a la valoración lípidica del paciente con enfermedad cardiovascular señale la INCORRECTA:

- A) La medición de lipoproteína A tiene un grado de recomendación IIa en las últimas Guías Europeas de lípidos de 2019.
- B) Se recomienda la medición de apoB particularmente en los pacientes con triglicéridos elevados, diabetes, obesidad o síndrome metabólico.
- C) Se recomienda la evaluación de colesterol no HDL para evaluar el riesgo en pacientes con triglicéridos elevados, diabetes, obesidad o niveles de colesterol LDL muy bajos.
- D) Se recomienda el cálculo de LDL con la fórmula de Friedewald en pacientes con triglicéridos muy elevados.

115. Respecto a la recomendación de tratamiento hipolipemiente en los siguientes escenarios señale la respuesta correcta:



- A) En caso de aparición de sintomatología muscular sumado a elevación de CK mayor a 4 veces por encima del límite normal se recomienda hacer lavado de fármaco durante 4-6 semanas y probar a reintroducir a dosis menor con estatina de menor potencia o bien poner estatina de mayor intensidad a días alternos o 1-2 días semana.
  - B) En el paciente de muy alto riesgo cardiovascular en prevención primaria, sin hipercolesterolemia familiar, si no se alcanza el objetivo propuesto de colesterol LDL se debe añadir inhibidor de PCSK9 con nivel de recomendación IA.
  - C) En el paciente con insuficiencia renal en diálisis, que no tienen enfermedad cardiovascular aterosclerótica se recomienda prescribir estatinas altas dosis, alta potencia para prevenir su aparición.
  - D) Se recomienda el uso de estatinas a alta dosis y alta potencia en pacientes con estenosis aórtica moderada para prevenir la progresión de la valvulopatía.
116. En el ámbito educativo la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género dicta que:
- A) Las administraciones competentes deberán prever la Escolarización inmediata de los hijos que se vean afectados por un cambio de residencia derivada de actos de violencia de género.
  - B) Las Administraciones educativas velaran por la superioridad de la mujer contra el hombre.
  - C) Los servicios de inspección educativa velarán por el cumplimiento y aplicación de los principios y valores recogidos en este capítulo en el sistema educativo destinados a fomentar la desigualdad real entre mujeres y hombres.
  - D) Esta Ley no hace referencia al ámbito educativo.
117. Dentro del derecho a la atención sanitaria de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género encontramos que:
- A) Hay que divulgar los datos de filiación del agresor.
  - B) El Sistema Público de Salud garantizará a las mujeres víctimas de violencia de género, así como a sus hijos e hijas, el derecho a la atención sanitaria, con especial atención psicológica y psiquiátrica, y al seguimiento de la evolución de su estado de salud hasta su total



- recuperación, en lo concerniente a la sintomatología o las secuelas psíquicas y físicas derivadas de la situación de violencia sufrida. Asimismo, los servicios sanitarios deberán contar con psicólogos infantiles para la atención de los hijos e hijas menores que sean víctimas de violencia vicaria.
- C) La víctima primero debe ir a la policía y luego es cuando puede recibir atención sanitaria.
- D) Estos servicios se prestarán, garantizando la privacidad y la intimidad de los hombres
118. En todos los Ministerios se encomendará a uno de sus órganos directivos el desarrollo de las funciones relacionadas con el principio de igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito de las materias de su competencia y, en particular, las siguientes, EXCEPTO:
- A) Recabar la información estadística elaborada por los órganos del Ministerio y asesorar a los mismos en relación con su elaboración.
- B) Elaborar estudios con la finalidad de promover la igualdad entre mujeres y hombres en las áreas de actividad del Departamento.
- C) El órgano directivo tiene potestad sancionadora.
- D) Fomentar el conocimiento por el personal del Departamento del alcance y significado del principio de igualdad mediante la formulación de propuestas de acciones formativas.
119. En la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, expresa claramente que:
- A) Ningún contratante podrá indagar sobre la situación de embarazo de una mujer.
- B) Lo anterior se exceptúa cuando es por razones de protección de su salud.
- C) A y B son correctas.
- D) El contratante no puede indagar sobre embarazo bajo ningún concepto.
120. En el artículo relativo a Igualdad de trato en el acceso a bienes y servicios de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, es todo cierto, EXCEPTO:
- A) Todas las personas físicas o jurídicas que, en el sector público o en el privado, suministren bienes o servicios disponibles para el público,



ofrecidos fuera del ámbito de la vida privada y familiar, estarán obligadas, en sus actividades y en las transacciones consiguientes, al cumplimiento del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres, evitando discriminaciones, directas o indirectas, por razón de sexo.

- B) Lo previsto en el apartado anterior no afecta a la libertad de contratación, incluida la libertad de la persona de elegir a la otra parte contratante, siempre y cuando dicha elección no venga determinada por su sexo.
- C) No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, serán admisibles las diferencias de trato en el acceso a bienes y servicios cuando estén justificadas por un propósito legítimo y los medios para lograrlo sean adecuados y necesarios.
- D) Puede haber diferencias por razón de sexo si la persona física que suministra los bienes o servicios lo desea.

121. De la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en su artículo 68 habla de la aplicación de las normas referidas al personal de las administraciones públicas en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en dicho artículo describen:

- A) En las Fuerzas Armadas hay discriminación por razón de sexo.
- B) Las pruebas físicas para la admisión en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad tienen las mismas exigencias para hombres que para mujeres.
- C) Las normas referidas al personal al servicio de las administraciones públicas en materia de igualdad, prevención de la violencia de género y la violencia sexual, y la conciliación de la vida personal, familiar y profesional serán de aplicación en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, adaptándose, en su caso, a las peculiaridades de las funciones que tienen encomendadas, en los términos establecidos por su normativa específica.
- D) A y B son ciertas.

122. En la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres Serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos los siguientes, excepto:

- A) Respeto, protección y garantía de los derechos humanos y fundamentales.



- B) Diligencia debida. La respuesta ante las violencias sexuales se extenderá a todas las esferas de la responsabilidad institucional tales como la prevención, protección, asistencia, reparación a las víctimas y promoción de la justicia, y estará encaminada a garantizar el reconocimiento y ejercicio efectivo de los derechos.
- C) Enfoque de género. Las administraciones públicas incluirán un enfoque de género fundamentado en la comprensión de los estereotipos y las relaciones de género, sus raíces y sus consecuencias en la aplicación y la evaluación del impacto de las disposiciones de la ley orgánica, y promoverán y aplicarán de manera efectiva políticas de igualdad entre mujeres y hombres y para el empoderamiento de las mujeres y las niñas.
- D) Se podría discriminar por razón de edad.
123. En el capítulo destinado a las Fuerzas Armadas, dentro del principio de igualdad en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres encontramos que:
- A) En el acceso a las Fuerzas Armadas todas las pruebas tienen las mismas exigencias y no discriminan por razón de género.
- B) Las normas sobre personal de las Fuerzas Armadas procurarán la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres, en especial en lo que se refiere al régimen de acceso, formación, ascensos, destinos y situaciones administrativas.
- C) A y B son correctas.
- D) Solo la A es correcta.
124. En la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en el artículo 8 sobre discriminación por embarazo o maternidad expresa que:
- A) Constituye discriminación directa por razón de sexo todo trato favorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad
- B) Constituye discriminación directa por razón de sexo todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad.
- C) A es cierto.
- D) A y B son ciertas.



125. Al objeto de hacer efectivas las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y que se garantice la integración de modo efectivo de la perspectiva de género en su actividad ordinaria, los poderes públicos, en la elaboración de sus estudios y estadísticas, deberán, EXCEPTO:

- A) Incluir sistemáticamente la variable de sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos que lleven a cabo.
- B) Establecer e incluir en las operaciones estadísticas nuevos indicadores que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades solo de las mujeres.
- C) Diseñar e introducir los indicadores y mecanismos necesarios que permitan el conocimiento de la incidencia de otras variables cuya concurrencia resulta generadora de situaciones de discriminación múltiple en los diferentes ámbitos de intervención.
- D) Realizar muestras lo suficientemente amplias como para que las diversas variables incluidas puedan ser explotadas y analizadas en función de la variable de sexo.

126. La salud laboral tiene por objeto:

- A) B y C son correctas.
- B) Conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno.
- C) Debe promover aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.
- D) Solo B es correcta.

127. En la Ley General de Salud Pública se estipula que:

- A) El desarrollo y actuación en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos laborales.
- B) La vigilancia de la salud de los trabajadores, individual y colectivamente, para detectar precozmente los efectos de los riesgos para la salud a los que están expuestas.



- C) La promoción, con carácter general, de la salud integral de los trabajadores.
- D) Todas son correctas.
128. ¿Quién tiene participación en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral?
- A) B y C son ciertas.
- B) Los empresarios.
- C) Los trabajadores, a través de sus organizaciones representativas.
- D) Ninguna es correcta.
129. La prevención en salud laboral, tiene por objeto:
- A) Curar cualquier enfermedad que aparezca relacionada con el trabajo.
- B) Reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas.
- C) Impulsarán acciones de prevención primaria, como la vacunación, que se complementarán con acciones de prevención secundaria como son los programas de detección precoz de la enfermedad.
- D) B y C son ciertas.
130. De las siguientes, cual NO es una medida de prevención:
- A) El cese de las prácticas sanitarias preventivas que se haya demostrado son ineficaces o innecesarias.
- B) Desarrollar programas de prevención de la zoonosis y enfermedades emergentes.
- C) La vacunación.
- D) El factor alimentario no es un determinante de la salud.
131. Respecto a la Constitución española, es VERDADERO:
- A) el castellano es la lengua española oficial del estado. Todos los españoles tienen el deber de conocerla y el derecho a usarla.
- B) la bandera de España está formada por tres franjas horizontales, roja, amarilla y roja, siendo la amarilla de doble anchura que cada una de las rojas.
- C) dentro de los derechos fundamentales, en su artículo 43 reconoce el



derecho a la protección de la salud.

D) todas las anteriores son verdaderas.

132. La declaración de la guerra y el hacer la paz corresponde:

A) al Rey previa autorización del Presidente del Gobierno, tras consulta de éste al Pleno de las Cortes Generales

B) al Presidente del Gobierno previa autorización de las Cortes Generales y ratificación posterior del Rey

C) al Rey previa autorización de las Cortes Generales

D) al Rey o al Presidente del Gobierno sin autorización previa ni ratificación posterior de órgano ni autoridad alguna

133. Según la Ley General de sanidad 14/1986 son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

A) sólo los españoles que residan en territorio nacional

B) todos los españoles y extranjeros que residan en territorio nacional

C) solo los extranjeros que residan en las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, el resto no

D) Sólo los extranjeros que mantengan su residencia en su país de origen

134. Con respecto a la estructura del Ministerio de Defensa 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

135. Son derechos colectivos del personal estatutario de los Servicios de Salud:
- A) la actividad sindical
  - B) la negociación colectiva
  - C) la libre sindicación
  - D) todas las anteriores
136. Son deberes del personal estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003 de 16 de diciembre):
- A) es una obligación del personal estatutario de los Servicios de Salud el cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento
  - B) es una obligación del personal estatutario de los Servicios de Salud el colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo
  - C) deberá cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios
  - D) TODAS son verdaderas
137. Marcar la VERDADERA: Durante la situación de excedencia voluntaria:
- A) El personal estatutario en situación de excedencia voluntaria no devengará retribuciones, ni le será computable el tiempo que permanezca en esta situación a efectos de carrera profesional o trienios.
  - B) El personal estatutario en situación de excedencia voluntaria continuará devengando sus retribuciones habituales, incluidos trienios y pagas extraordinarias, pero no le será computable el tiempo que permanezca en esta situación a efectos de carrera profesional.



- C) El personal estatutario en situación de excedencia voluntaria no devengará retribuciones, ni le será computable el tiempo que permanezca en esta situación a efectos trienios; únicamente le computará a efectos de carrera profesional.
- D) El personal estatutario en situación de excedencia voluntaria percibirá el sueldo base más los trienios que hubiera perfeccionado hasta ese momento, excluyéndose de sus emolumentos los complementos que pudieran corresponder a su puesto laboral.

138. Son retribuciones básicas:

- A) el sueldo, los trienios y el complemento de destino
- B) el sueldo, los trienios, el complemento de destino y el complemento específico
- C) el sueldo, los trienios y las pagas extraordinarias
- D) el sueldo, los trienios, el complemento de destino, el complemento específico y las pagas extraordinarias

139. En lo referente a la organización hospitalaria y de atención primaria:

- A) Los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada Área de Salud
- B) También son funciones suyas la investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria del Área correspondiente
- C) El acceso a los servicios hospitalarios se efectuará una vez que las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios de atención primaria hayan sido superadas, salvo en los casos de urgencia vital
- D) Todas son verdaderas

140. Marcar la VERDADERA: En cuanto al contenido mínimo de la Historia Clínica debe incluir:



- A) La Hoja de interconsulta
- B) La anamnesis y exploración física
- C) La evolución
- D) Todas forman parte del contenido mínimo

141. La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud:

- A) Regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, que se articula principalmente a través del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud
- B) el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud puede actuar como Comité Consultivo, como Foro Abierto o como Foro Virtual
- C) el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud depende del Ministerio de Sanidad y Consumo
- D) Todas son verdaderas

142. Marcar la VERDADERA: Es un principio general de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud:

- A) El aseguramiento universal y público por parte del Estado
- B) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud
- C) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud
- D) Todas son verdaderas

143. Según Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud son titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria:

- A) Sólo las personas con nacionalidad española
- B) Todas las personas con nacionalidad española y extranjeros



- C) Todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español
- D) Sólo aquellos españoles o extranjeros que coticen en la Seguridad Social

144. En cuanto al programa formativo de los Residentes:

- A) Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo
- B) La formación mediante residencia se podrá compatibilizar con otra actividad profesional
- C) También será compatible con cualquier otra actividad formativa, siempre que ésta se desarrolle dentro de la jornada laboral de la relación laboral especial del residente
- D) Todas son falsas

145. Marca la VERDADERA en relación al desarrollo profesional según Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias:

- A) Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional
- B) La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, seis años desde la precedente evaluación positiva
- C) En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos un año desde ésta
- D) La evaluación se llevará a cabo por un comité específico independiente, ajeno al Centro o Institución

146. En cuanto al tutor de residentes:

- A) El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa



formativo de la especialidad de que se trate

- B) Es la Comisión de Docencia de cada especialidad la que propone la guía o itinerario formativo tipo de la misma
- C) Dicha guía o itinerario formativo es aprobado por el Tutor y ratificado por el Residente
- D) Todas son verdaderas

147. En cuanto al control y la supervisión de los residentes:

- A) La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada
- B) Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año
- C) La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo
- D) Todas son verdaderas

148. Según Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

- A) violencia de género es la que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia
- B) comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad
- C) también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad



- D) todas son verdaderas
149. Según Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la trabajadora víctima de violencia de género tendrá derecho, en los términos previstos en el Estatuto de los Trabajadores:
- A) a la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo
  - B) a la movilidad geográfica y al cambio de centro de trabajo
  - C) a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo
  - D) todas son verdaderas
150. Se considera publicidad ilícita:
- A) a los anuncios que presenten a las mujeres de forma vejatoria, bien utilizando particular y directamente su cuerpo o partes del mismo como mero objeto desvinculado del producto que se pretende promocionar
  - B) es aquella publicidad que atente contra la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución
  - C) se puede solicitar la cesación y rectificación de la publicidad ilícita
  - D) Todas son verdaderas
151. Es la edad media que vive una persona o una especie:
- A) Esperanza de vida.
  - B) Esperanza de vida al nacer.
  - C) Tasa bruta de natalidad.
  - D) Tasa bruta de mortalidad.
152. Es la duración promedio que viven los individuos, considerando los riesgos de muerte en su contexto:
- A) Esperanza de vida.
  - B) Esperanza de vida al nacer.
  - C) Tasa bruta de natalidad.
  - D) Tasa bruta de mortalidad.



153. Representa la frecuencia de nacimientos que tienen lugar en un periodo determinado en relación a la población total:
- A) Esperanza de vida.
  - B) Esperanza de vida al nacer.
  - C) Tasa bruta de natalidad.
  - D) Tasa bruta de mortalidad.
154. Representa el número de muertes en una población durante un periodo específico y en relación a la población actual.
- A) Esperanza de vida.
  - B) Esperanza de vida al nacer.
  - C) Tasa bruta de natalidad.
  - D) Tasa bruta de mortalidad.
155. Mide el número de muertes de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos de la misma población.
- A) Tasa bruta de mortalidad.
  - B) Tasa de mortalidad infantil.
  - C) Mortalidad.
  - D) Esperanza de vida.
156. Son datos sugerentes de que la hipertensión arterial puede ser causa secundaria los siguientes, excepto:
- A) Manchas de café con leche a la exploración cutánea.
  - B) Asimetría de pulsos entre pulsos radiales y femorales.
  - C) IMC elevado con perímetro de cintura elevado.
  - D) Hipotasemia espontánea asociada a episodios de debilidad muscular.
157. Respecto al tratamiento de la hipertensión arterial, señale la correcta:
- A) Se recomienda iniciar el tratamiento con una combinación farmacológica de 2 fármacos de primera línea en un único comprimido (excepto en pacientes frágiles, y en pacientes de bajo riesgo con HTA grado 1).
  - B) En caso de no conseguir objetivos de control con 2 fármacos, se recomienda la adición de un tercero, idealmente un único comprimido.
  - C) En caso de no conseguir control con 3 fármacos se recomienda la combinación de IECA y ARA 2 para potenciar su efecto.



- D) En caso de no conseguir control con 3 fármacos se recomienda añadir espironolactona, o si no se tolera añadir amilorida, betabloqueante o alfa bloqueantes.

158. Respecto a la tensión arterial persistente, señale la INCORRECTA:

- A) Se considera hipertensión arterial resistente la TA  $>140/90$  mmHg en consulta, con mal control confirmado con monitorización con holter de presión arterial, o con automediciones aportadas en consulta por parte del paciente en un paciente que está tomando 2 fármacos de primera línea y necesita la adicción de un tercero.
- B) Una de las causas más frecuentes de hipertensión arterial resistente es el mal cumplimiento terapéutico.
- C) Entre las causas secundarias de hipertensión arterial resistente podemos encontrar el hiperaldosteronismo primario.
- D) Entre las causas de hipertensión arterial resistente se debe considerar el uso de fármacos como anticonceptivos orales, agentes simpaticomiméticos /como descongestionantes nasales) o esteroides.

159. Respecto a la valoración de riesgo cardiovascular en las siguientes situaciones clínicas, señale lo incorrecto:

- A) Se recomienda que todos los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tengan evaluación de la presencia de factores de riesgo cardiovascular.
- B) Se recomienda que los pacientes con tratamiento oncológico activo tengan evaluación de la presencia de factores de riesgo cardiovascular.
- C) Se recomienda multiplicar por 1.5 el riesgo cardiovascular obtenido en los pacientes con artritis reumatoide.
- D) No se recomienda reevaluar el riesgo cardiovascular de las mujeres con diabetes gestacional.

160. Respecto a la Aterosclerosis coronaria. Señale la respuesta correcta:

- A) Múltiples estudios han relacionado la inflamación sistémica (medida mediante PCR de alta sensibilidad) con el riesgo de SCA.
- B) La inmunidad adaptativa e innata tiene un papel en el SCA que ha sido contrastado en múltiples estudios.
- C) Un ensayo clínico de gran tamaño 20061 pacientes demostró que el uso de un anticuerpo monoclonal anti.IL-1B, el Canaskinumab logro reducir



el objetivo primario de muerte, IAM o ictus en un 17% en pacientes con IAM previo y niveles de PCR elevados, de forma independiente a los niveles de colesterol.

D) Todas son correctas.