



1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

CATEGORÍA: FEA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 5 de julio de 2018 (BOJA núm. 134, 12 de julio).

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» y «2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «Reserva» de la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Respuestas».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Respuestas» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud).

-
-
- 1 Los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte se regulan, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la Ley:**
- A) Ley 3/2001, de 28 de Mayo
 - B) Ley 7/2007, de 12 de Abril
 - C) Ley 22/2009, de 18 de Diciembre
 - D) Ley 2/2010, de 8 de Abril
- 2 La entidad que surge en el SSPA con el fin de poner a disposición de las organizaciones, y de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros, se denomina...**
- A) Escuela Andaluza de Salud Pública
 - B) Observatorio para la Seguridad del Paciente
 - C) Fundación para la Seguridad del Paciente
 - D) El Defensor del Paciente
- 3 Señale cuál de los siguientes no es un Estudio Descriptivo:**
- A) Estudios transversales
 - B) Estudios de series de casos
 - C) Estudios de cohortes
 - D) Estudios ecológicos
- 4 ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de causalidad según Breslow?**
- A) Fuerza de la asociación
 - B) Secuencia temporal
 - C) Verosimilitud biológica
 - D) Existencia de hipótesis alternativas
- 5 ¿Cuál de los siguientes sistemas de información no está integrado en DIRAYA?**
- A) Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)
 - B) Módulo de acceso centralizado de operadores (MACO)
 - C) Historia de salud (HS)
 - D) Base de datos de usuarios (BDU)

6 El test no paramétrico para realizar una inferencia estadística sobre dos medias independientes, alternativo a la t de Student es:

- A) Test de Mann-Whitney
- B) Correlación de Spearman
- C) Test exacto de Fisher
- D) Test de Wilcoxon

7 Cuando el investigador divide los resultados muestrales en una zona de rechazo y otra de aceptación, estamos realizando...

- A) Contraste de Hipótesis
- B) Estimación por intervalo
- C) Nivel de Confianza
- D) Ninguna de ellas

8 El tipo de Muestreo determinado por, primero, la ordenación numérica de todos los individuos de la población, luego, la división del tamaño poblacional entre el tamaño de la muestra, resultando un cociente k y finalmente, la elección al azar de un elemento de la población, y a partir de él se seleccionan de k en k todos los elementos siguientes, se denomina...

- A) Muestreo Aleatorio Simple
- B) Muestreo Aleatorio Estratificado
- C) Muestreo Aleatorio Sistemático
- D) Muestreo Aleatorio por áreas

9 El instrumento AGREE es específico de la evaluación de:

- A) Ensayos clínicos controlados
- B) Estudios de cohortes
- C) Guías de práctica clínica
- D) Meta-análisis

10 El Sistema de Clasificación de Pacientes utilizado actualmente en Andalucía es...

- A) CMBDA
- B) COAN H y D
- C) GRD's
- D) CIE-10

- 11 La capacidad de las Comunidades Autónomas de asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene, viene recogida en la Constitución en su Artículo...**
- A) 143
 - B) 146
 - C) 148
 - D) 155
- 12 No es un derecho recogido en el Artículo 22 del Estatuto de Andalucía**
- A) Fertilización in Vitro
 - B) Consejo Genético
 - C) Acceso a Cuidados Paliativos
 - D) Asistencia Geriátrica Especializada
- 13 La elaboración del Plan Andaluz de Salud corresponde a...**
- A) Servicio Andaluz de Salud
 - B) Consejería de Salud
 - C) Parlamento Andaluz
 - D) Consejo de Gobierno Andaluz
- 14 Según la Orden de 11 de marzo de 2004: ¿Quién tiene entre sus funciones elaborar y aprobar la memoria anual del Servicio Andaluz de Salud en materia de prevención de riesgos laborales?:**
- A) La Consejería de Empleo.
 - B) La Consejería de Salud.
 - C) La Subdirección de Personal de la Dirección General de Profesionales del SAS.
 - D) La Unidad de Coordinación de Prevención de Riesgos Laborales.
- 15 Según el Art 26 del Estatuto Marco, procederá la prórroga en el servicio activo, a instancia del interesado, cuando en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, al interesado le resten cotizaciones para causar pensión de jubilación de:**
- A) 7 años o menos
 - B) 6 años o menos
 - C) 5 años o menos
 - D) 4 años o menos
- 16 Respecto al empleo del balón de contrapulsación señale la respuesta menos correcta:**
- A) Esta contraindicado en casos de insuficiencia aórtica
 - B) La complicación mas frecuente es la isquemia del miembro inferior
 - C) La aparición de sangre en el catéter no indica rotura del balón.
 - D) Puede provocar rotura aórtica

- 17 ¿Cuál de las siguientes etapas es la primera en la pericarditis tuberculosa?**
- A) Efusión serosa o serosanguinolenta con linfocitos.
 - B) Exudado fibroso con infiltración de polimorfonucleares.
 - C) Calcificación y constricción.
 - D) Engrosamiento pericárdico como respuesta a infección.
- 18 ¿Cuál de las siguientes técnicas no se usa en pacientes con anillo aórtico pequeño?**
- A) Konno
 - B) David III
 - C) Manouguian
 - D) Yamaguchi
- 19 ¿Como definiría la técnica para el tratamiento de la fibrilación auricular conocida como Cox-maze IV?**
- A) Patrón de lesiones biauricular con corte y sutura
 - B) Patrón de lesiones biauricular con radiofrecuencia o crioablación
 - C) Patrón de lesiones limitado a la aurícula izquierda.
 - D) Aislamiento de venas pulmonares
- 20 ¿Cual de estas células juega el papel mas importante en la respuesta inflamatoria no especifica de la circulación extracorpórea?**
- A) Linfocitos B
 - B) Linfocitos T
 - C) Granulocitos basófilos
 - D) Granulocitos neutrófilos
- 21 ¿Cual de las siguientes cardiopatías congénitas cursa con hipercalcemia idiopática?**
- A) Enfermedad de Ebstein
 - B) Malformación de Taussig Bing
 - C) Estenosis supraaórtica
 - D) Hipoplasia de ventrículo izquierdo
- 22 ¿Cual de los siguientes defectos congénitos se debe a la ausencia del septo auriculoventricular?**
- A) CIA tipo ostium primum
 - B) CIA tipo fosa oval
 - C) CIA tipo seno coronario
 - D) CIA tipo seno venoso

- 23 ¿Cual de los siguientes es indicación tipo I de cirugía de sustitución valvular aórtica?**
- A) Estenosis aortica en paciente asintomático con taquicardia ventricular
 - B) Estenosis aortica moderada en paciente que va a ser operado de cirugía coronaria
 - C) Estenosis aortica severa en paciente que va a ser operado de cirugía coronaria
 - D) Estenosis aortica severa en paciente asintomático de edad avanzada
- 24 ¿Cual de los siguientes modos de estimulación requiere conducción AV normal?**
- A) VVI
 - B) AAI
 - C) DDD
 - D) Todos ellos
- 25 ¿Cuál de los siguientes no es una indicación definitiva de CABG frente a intervencionismo percutánea?**
- A) Lesión de tronco severa en pacientes oligosintomáticos
 - B) Disfunción ventricular moderada-severa y enfermedad de tres vasos
 - C) Enfermedad de dos vasos con ADA proximal e isquemia demostrable
 - D) Enfermedad de dos vasos sin ADA proximal
- 26 ¿Cuál de los siguientes pacientes con aneurisma de aorta ascendente tiene indicación de cirugía?**
- A) Síndrome de Loeys-Dietz con diámetro de 49 mm
 - B) Síndrome de Marfan con diámetro de 45 mm sin factores de riesgo añadidos
 - C) Pacientes con válvula aortica bicúspide con diámetro de 50 mm sin factores de riesgo añadidos
 - D) Paciente con diámetro de 52 mm
- 27 ¿Cual es el germen mas frecuentemente hallado en el cultivo de prótesis afectadas por endocarditis precoz?**
- A) Estafilococos
 - B) Estreptococos
 - C) Cándidas
 - D) Enterobacterias
- 28 ¿Cual es el hecho anatómico esencial en la tetralogía de Fallot?**
- A) La longitud del septo infundibular
 - B) La comunicación interventricular perimembranosa
 - C) La desviación anterior del septo infundibular
 - D) La obstrucción subpulmonar

- 29 ¿Cual es la complicación postoperatoria mas frecuente tras una derivación atriopulmonar?**
- A) Fibrilación auricular
 - B) Disfunción ventricular izquierda
 - C) Hipoxemia
 - D) Derrame pleural
- 30 ¿En cual de estas patologías esta indicada la administración de cardioplejia a través del seno coronario durante la intervención quirúrgica?**
- A) IM aguda post IAM
 - B) CIV post IAM
 - C) Revascularización coronaria urgente
 - D) Todas ellas
- 31 ¿Que es la malformación de Taussig Bing?**
- A) Corazón univentricular con atresia pulmonar
 - B) Doble salida de ventrículo derecho con comunicación interventricular
 - C) Inversión ventricular mixta
 - D) Trasposición de grandes vasos con estenosis pulmonar severa
- 32 A nivel celular ¿Cual de las siguientes situaciones es consecuencia de la isquemia?**
- A) Disminución del nivel de ATP
 - B) Disminución de la glucólisis anaerobia
 - C) Disminución de la producción de proteolasas
 - D) Disminución del contenido liquido de las mitocondrias
- 33 Ante la aparición de un soplo sistólico nuevo en el postoperatorio de un IAM, hay que pensar en...**
- A) Insuficiencia mitral
 - B) CIV aguda
 - C) Rotura ventricular
 - D) a y b son correctas
- 34 Atendiendo a la clasificación de El Khoury según la movilidad ecocardiográfica de los velos, la tipo II supone...**
- A) El velo tiene movilidad normal y la insuficiencia es por la dilatación de alguna de las partes de la raíz aórtica
 - B) El velo tiene movilidad normal y la insuficiencia es por perforación en el velo
 - C) Exceso de movilidad del velo
 - D) Velos con movimiento restrictivo por fibrosis o calcificación

35 Con respecto a la enfermedad carotidea y los pacientes que se van a someter a revascularización coronaria

- A) La presencia de estenosis carotidea significativa aumenta con la severidad de la coronariopatía
- B) Un 40% de los pacientes sometidos a endarterectomía carotidea padecen coronariopatía significativa
- C) a y b son ciertas
- D) Ninguna es cierta

36 Con respecto a la revascularización coronaria quirúrgica en pacientes diabéticos, señale la correcta

- A) La utilización del injerto de arteria mamaria bilateral produce una supervivencia superior
- B) La supervivencia tras injerto bilateral con arteria mamaria es mejor si la diabetes mellitus esta controlada
- C) a y b son ciertas
- D) Ninguna es cierta

37 De entre los factores epidemiológicos relacionados con los aneurismas de aorta abdominal, el que tiene menor coeficiente de riesgo es:

- A) Antecedentes familiares de AAA.
- B) Hipercolesterolemia.
- C) Fumador.
- D) Edad.

38 De entre los siguientes supuestos, señale en cual es mayor el riesgo de AVC perioperatorio en pacientes sometidos a cirugía coronaria

- A) Estenosis carotidea bilateral superior al 50%
- B) Oclusión carotidea
- C) Antecedentes de AVC
- D) En todos los casos el riesgo es similar

39 De las siguientes pruebas diagnósticas para la disección aórtica, la que presenta mayor sensibilidad y especificidad es...

- A) TAC.
- B) Aortografía.
- C) ETE.
- D) RNM.

- 40 De las siguientes, ¿Cuál no es una indicación de cirugía en los aneurismas ventriculares ?**
- A) Angina.
 - B) Arritmias.
 - C) Trombo en su interior.
 - D) Pseudoaneurisma.
- 41 De las siguientes, ¿Cuál no sería indicación de screening para enfermedad carotídea?**
- A) Historia de TIAs previos.
 - B) Pacientes a los que se les va a practicar endarterectomía coronaria.
 - C) Pacientes con endarterectomía carotídea previa.
 - D) Pacientes con patología vascular periférica severa.
- 42 De las vías de abordaje que se citan, ¿Cual es la menos adecuada para intervenciones sobre la válvula mitral?**
- A) Toracotomía derecha
 - B) Toracotomía izquierda
 - C) Transeptal superior
 - D) Transeptal inferior
- 43 El aneurisma que tiende a la trombosis en vez de la rotura es:**
- A) Aneurisma iliaco
 - B) Aneurisma poplíteo.
 - C) Aneurisma de aorta distal.
 - D) Aneurisma esplénico
- 44 El balón de contrapulsación produce...**
- A) Aumento de la precarga.
 - B) Aumento de la postcarga
 - C) Mejora la perfusión coronaria.
 - D) Disminuye la perfusión coronaria
- 45 El crosstalk en los dispositivos DDD se evita con:**
- A) Aumento del periodo refractario ventricular.
 - B) Disminuyendo el periodo refractario auricular
 - C) Aumentando el periodo de cegamiento ventricular
 - D) Acortando el periodo A-V.

46 El cuff de Miller es...

- A) Una técnica de angioplastia poplítea
- B) Es un manguito de vena safena que se interpone entre la arteria nativa y la prótesis sintética.
- C) No se han descrito degeneraciones aneurismáticas con su empleo.
- D) Es una técnica de resección de varices.

47 El factor de riesgo mas importante en la aparición de la mediastinitis postoperatoria es...

- A) Obesidad.
- B) Insuficiencia renal.
- C) Bypass cardiopulmonar muy prolongado.
- D) Shock cardiogénico.

48 El gradiente ventrículo-aórtico en la miocardiopatía hipertrófica disminuye con la administración de:

- A) Digital
- B) Dopamina
- C) Betabloqueantes
- D) Nitroglicerina

49 El Mixoma cardíaco:

- A) Representa el 70% de los tumores cardíacos benignos en el adulto.
- B) El pico de incidencia es en la segunda década de la vida.
- C) El 30% son múltiples.
- D) Es más frecuente en mujeres.

50 El síndrome de Carney, incluye lo siguiente excepto:

- A) Mixoma
- B) Fibroma,
- C) Pigmentación cutánea
- D) Enfermedad nodular adrenocortical.

51 El síndrome del trombo blanco...

- A) Es un cuadro que se caracteriza por hemorragias importantes
- B) Cursa con trombocitosis intensa
- C) Puede tratarse mediante la realización de sangrías
- D) Es un cuadro de resistencia a la heparina.

- 52 El tratamiento quirúrgico de elección en la insuficiencia mitral severa secundaria isquémica es...**
- A) Sustitución valvular mitral con preservación del aparato subvalvular
 - B) Reparación valvular mitral
 - C) Anuloplastia hiperreductora
 - D) Ninguna de las anteriores.
- 53 En el documento de consenso de criterios de ordenación temporal en patología cardiovascular, se considera intervención preferente a**
- A) La que se realiza en menos de 24h.
 - B) La que se realiza en menos de 72 h.
 - C) La que se realiza en menos de 14 días.
 - D) La que se realiza en menos de 1 mes
- 54 En la enfermedad coronaria estable de 2 vasos sin afectación de la descendente anterior proximal:**
- A) Está indicada la cirugía clase de recomendación I.
 - B) Está indicada la cirugía clase de recomendación IIb
 - C) Está indicado el tratamiento percutáneo clase de recomendación I
 - D) No está indicada la cirugía clase de recomendación IIb
- 55 En la enfermedad de Buerger, señale lo falso:**
- A) Los marcadores inmunológicos habituales suelen ser normales.
 - B) Los pacientes tienen concentraciones menores de carboxihemoglobina que los pacientes con aterosclerosis.
 - C) El trombo tiene una celularidad elevada.
 - D) Se han diagnosticado casos de TAO en consumidores de tabaco sin humo.
- 56 En la lesión de reperusión hay...**
- A) Depleción celular de sodio, potasio y calcio
 - B) Aumento de la liberación de oxígeno
 - C) Aumento de magnesio intracelular
 - D) Acúmulo de calcio intracelular
- 57 En relación a la arteria mamaria interna, señale lo falso:**
- A) Nace paralela al tronco tirocervical.
 - B) En su inicio, la cruza el nervio frénico.
 - C) En el 70% de los casos, la izquierda surge como tronco único.
 - D) La arteria pericardiofrénica surge de ella en el 90% de los pacientes.

58 En relación a la CIV postinfarto señale lo falso:

- A) La localización más frecuente es anteroapical
- B) Supone el 5% de las muertes por IAM.
- C) Es más frecuente en hombres.
- D) Ocurre entre el 4-7% de los IAM

59 En relación a la causa de muerte tras cirugía coronaria, señale lo falso

- A) Fallo cardíaco en 65% de los casos.
- B) Causas neurológicas 7%.
- C) Fallo respiratorio 15%.
- D) Hemorragia 7%.

60 En relación a la D-trasposición de las grandes arterias con estenosis pulmonar sin CIV señale la opción incorrecta

- A) Es imprescindible solucionar la estenosis pulmonar en la cirugía definitiva
- B) En los niños mayores de 6 meses se realizan corrección anatómica y solución de la estenosis pulmonar
- C) Esta cardiopatía debuta con hipoxia muy severa porque siempre esta indicada la atrioseptostomia
- D) La actitud terapéutica si hay hipoxia importante es realizar antes de los 6 meses la fistula sistemicopulmonar

61 En relación al Síndrome de Marfan, indique el enunciado falso

- A) Es una enfermedad autosómica recesiva, por mutación del gen UKJ 129
- B) Indicación quirúrgica clase recomendación I: diámetro de raíz aorta > 50 mmg
- C) Indicación quirúrgica recomendación I: diámetro de raíz aórtica es de 46-50 mm con historia familiar de disección
- D) Debe considerarse la indicación quirúrgica cuando otras partes de la aorta diferentes a la raíz aórtica, es mayor de 50 mm

62 En relación al triangulo de Koch. ¿Cuál de estas estructuras está claramente implicada?

- A) Valva anterior tricuspidea
- B) Tendón de Todaro
- C) Válvula de Tebesio
- D) Cripta mitral

63 En relación con el calcio iónico tras la circulación extracorpórea, señale lo correcto:

- A) La concentración del calcio unido a albúmina es predictor de la concentración de calcio iónico.
- B) La hipocalcemia no se relaciona con la hemodilución
- C) La transfusión de sangre provoca hipercalcemia.
- D) La concentración del calcio intracelular es mayor que el extracelular.

64 En relación con la histopatología del mixoma cardiaco, señale la correcta

- A) Es un tumor del tejido mesenquimal
- B) Es un tumor de tejido fibroso y miofibroblástico
- C) Es un tumor de histogénesis desconocida
- D) Es un tumor vascular

65 En relación con la IM secundaria a miocardiopatía dilatada, una de las siguientes afirmaciones es incorrecta:

- A) La IM supone una sobrecarga de volumen que contribuye a la progresión de la dilatación anular.
- B) En los pacientes con IM secundaria, la reserva coronaria está aumentada debido a la disminución del flujo coronario basal.
- C) El volumen regurgitante depende del orificio mitral, el gradiente de presión ventrículo-atrial y de la frecuencia cardíaca.
- D) Las técnicas de restauración ventricular se fundamentan en recuperar la relación ideal entre la masa y el radio ventricular.

66 En relación con la reparación mitral, es cierto que...

- A) La dilatación del velo mitral anterior es el mecanismo fundamental de la IM degenerativa.
- B) La resección cuadrangular es una técnica obsoleta que prácticamente no se realiza en el prolapso de velo posterior.
- C) El abordaje transeptal superior puede resultar especialmente útil en reintervenciones sobre válvula mitral.
- D) En la degeneración mixomatosa, la dilatación anular se localiza fundamentalmente en el anillo anterior.

67 En relación con los homoinjertos aórticos, señale lo falso.

- A) La mortalidad en pacientes sin endocarditis es menor al 5%.
- B) En pacientes con endocarditis la mortalidad es del 8-16%.
- C) La insuficiencia aórtica residual es infrecuente.
- D) Los fenómenos hemorrágicos y los bloqueos A-V se dan con frecuencia superior al recambio valvular aórtico convencional.

68 En un paciente con bradicardia persistente, el implante de marcapasos esta indicada en todas las siguientes situaciones excepto:

- A) En enfermedad del nodo sinusal si los síntomas son atribuibles a la bradicardia
- B) En enfermedad del nodo sinusal con bradicardia sinusal asintomática
- C) En bloqueo auriculoventricular adquirido de segundo o tercer grado asintomático
- D) En bloqueo auriculoventricular adquirido de primer grado sintomático

69 En un paciente con válvula aórtica bicúspide, existirá indicación de recambio de la aorta ascendente si...

- A) El diámetro máximo de la aorta ascendente es 5 cm
- B) Si el incremento del diámetro de la aorta respecto al año previo ha sido de 0,3 cm
- C) Existe historia familiar de disección aórtica y la aorta ascendente mide 5 cm
- D) En todas las anteriores

70 Entre las técnicas de preservación del anillo aórtico cuando éste se encuentra dilatado, la técnica de Elkins consiste en

- A) Sutura con parches intercomisural
- B) Sutura circular epicárdica externa, anudando interponiendo tallo de Hegar para ajustar el tamaño del anillo.
- C) Plicatura de velos
- D) Sutura circular subanular interna , anudando interponiendo tallo de Hegar para ajustar el tamaño del anillo.

71 Indique el enunciado correcto:

- A) El bioconductor de Shelhigh esta compuesto por pericardio porcino.
- B) La prótesis 3F esta construida con pericardio equino.
- C) La prótesis Pericarbon Freedom solo esta fabricada con una única lamina de pericardio.
- D) La prótesis Medtronic Freestyle tiene una cobertura de la zona no muscular del anillo.

72 Indique la anomalía cardíaca más frecuente asociada a la transposición anatómicamente corregida de las grandes arterias:

- A) Dextrocardia.
- B) CIV.
- C) CIA.
- D) Atresia o estenosis pulmonar.

- 73 La activación del complemento, en circulación extracorpórea, se realiza principalmente a través de:**
- A) Factor de Hageman
 - B) Trombina
 - C) Fibrina
 - D) Plasmina
- 74 La circulación extracorpórea produce efectos nocivos sobre las plaquetas en varios aspectos. En este sentido no es cierto que:**
- A) La trombina activa las plaquetas e induce el desarrollo del receptor IIb/IIIa en su superficie
 - B) Las plaquetas expresan el receptor GMP 140 en su superficie, que induce la formación de agregados con los monocitos
 - C) La disfunción plaquetaria es la mayor causa de hemorragia postoperatoria
 - D) La magnitud de la trombopenia no depende de los sistemas de perfusión ni de las características de los pacientes
- 75 La complicación más frecuente relacionada con las prótesis mecánicas es:**
- A) Hemorragia por anticoagulación.
 - B) Fugas perivalvulares.
 - C) Endocarditis.
 - D) Tromboembolismo.
- 76 La complicación postoperatoria mas frecuente de la cirugía cardiaca, en general, es:**
- A) Fibrilación auricular.
 - B) Ventilación mecánica prolongada.
 - C) Fallo renal
 - D) Neumonía postoperatoria.
- 77 La duración de la parada circulatoria segura a 25 grados es...**
- A) 25-38min
 - B) 21-30min
 - C) 12-15min
 - D) 8-10min
- 78 La enfermedad de Leriche tipo I, es una forma de la enfermedad aortoiliaca que:**
- A) Afecta fundamentalmente a la aorta terminal.
 - B) Se extiende por aorta terminal e iliacas.
 - C) Se extiende por aorta terminal y femorales
 - D) Se extiende por aorta terminal hasta poplíteas

- 79 La existencia de una alta impedancia y perdida intermitente de captura, en el seguimiento de un marcapasos, indica**
- A) La llegada a ERI
 - B) Rotura del aislante del electrodo
 - C) Rotura del coil con aislante intacto
 - D) Disfunción del software del generador.
- 80 La indicación más frecuente de la implantación de un marcapasos definitivo en un paciente trasplantado es...**
- A) Bradicardia o paro sinusal.
 - B) Bloqueo de rama progresivo.
 - C) Bloqueo AV completo.
 - D) Taquicardia supraventricular.
- 81 La operación de Doty se realiza para:**
- A) Estenosis supraaortica
 - B) Trasposicion de grandes vasos
 - C) Doble salida de ventrículo izquierdo
 - D) Estenosis subaortica
- 82 La perfusión extracorpórea altera la función pulmonar de forma variable. ¿Cual de los siguientes efectos no ocurre mediado por ella?**
- A) Aumento de la permeabilidad vascular
 - B) Aumento de la difusión de oxigeno
 - C) Disminución de la compliance pulmonar
 - D) Producción de microatelectasias difusas
- 83 La rotura de pared libre ventricular tras infarto agudo:**
- A) Fue descrita por Morgagni.
 - B) La primera reparación con éxito data de 1985.
 - C) Según la literatura más reciente la zona donde aparece con mayor frecuencia es la cara lateral y posterior.
 - D) Ocurre en el 2% de pacientes.
- 84 No es cierto en las fistulas arteriovenosas coronarias...**
- A) Pueden comunicar una arteria coronaria con la arteria pulmonar
 - B) Su origen mas frecuente es la coronaria derecha
 - C) El síntoma principal que ocasionan es angor
 - D) Pueden repararse sin circulación extracorpórea

85 Para el tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica asimétrica, no se usa:

- A) Miectomia septal.
- B) Sustitución valvular mitral.
- C) Ablación septal con alcohol.
- D) Ampliación del anillo aórtico.

86 Respecto a la disección aórtica indique cual no representa un factor de riesgo

- A) Síndrome Ehler Danlos
- B) Síndrome de Turner
- C) Síndrome de Sondergaard
- D) Síndrome de Sheehan

87 Respecto a la insuficiencia mitral isquémica es falso...

- A) Suele provocar prolapso de velos
- B) La insuficiencia mitral isquémica funcional es consecuencia del remodelado del ventrículo izquierdo
- C) La insuficiencia mitral isquémica orgánica es consecuencia de la rotura del musculo papilar
- D) La restricción en el movimiento de los velos se produce fundamentalmente en fase sistólica

88 Respecto al defecto septal atrial, indique la respuesta correcta

- A) Los defectos tipo primum, representa el 30 % de los defectos auriculares
- B) Los defectos tipo seno venoso inferior, que representa < 1 % de los casos, están localizados cerca del vena cava inferior
- C) Es necesario el uso de cateterismo cardíaco para valorar el grado de shunt
- D) Generalmente son diagnosticados antes del mes de vida, por producir disminución franca del índice de crecimiento

89 Se conoce como Síndrome de Laubry a la asociación de...

- A) CIV con estenosis pulmonar
- B) CIV con insuficiencia aortica
- C) CIV con estenosis mitral
- D) CIV con insuficiencia mitral

90 Señale cual de los siguientes fármacos anestésicos incrementan tanto la presión sistólica arterial como la frecuencia cardíaca

- A) Propofol.
- B) Etomidate.
- C) Ketamina.
- D) Thiopental.

- 91 Señale cual de los siguientes no es un criterio para realizar operación de Fontan en el adulto:**
- A) Atresia tricuspídea y atresia pulmonar
 - B) Ventrículo único y estenosis pulmonar
 - C) Presión de arteria pulmonar menor de 15 mmHg.
 - D) Válvula auriculoventricular incompetente
- 92 Señale cual de los siguientes no es una causa habitual de disfunción miocárdica postoperatoria tras CABG**
- A) Embolismo graso coronario
 - B) Inadecuada protección miocárdica durante la cirugía
 - C) Revascularización incompleta
 - D) Fallo precoz del injerto
- 93 Señale lo incorrecto en relación a los aneurismas aórticos:**
- A) Es más frecuente en el varón con una relación 10:1.
 - B) La incidencia de los aneurismas aórticos es de aproximadamente 6 casos por 100.000 habitantes/año.
 - C) La media de edad al tiempo de presentación es de 59-69 años.
 - D) Los aneurismas aórticos son la 13^o causa de muerte en USA.
- 94 Sobre el concepto de dominancia coronaria, es cierto que...**
- A) Depende de la variabilidad en el origen de la arteria descendente posterior
 - B) Depende del origen de la arteria posterolateral
 - C) Depende del origen de la arteria descendente anterior
 - D) Depende del desarrollo de la arteria coronaria derecha
- 95 Sobre el sistema arterial coronario no es cierto que:**
- A) El músculo papilar anterior del ventrículo derecho se irriga por ramas de la descendente anterior
 - B) La oclusión de la arteria circunfleja puede ocasionar bloqueo auriculoventricular completo
 - C) La arteria de Kugel suplementa la irrigación del nodo auriculoventricular
 - D) El nodo sinusal se irriga siempre por la coronaria derecha
- 96 Sobre la cirugía mitral mínimamente invasiva. uno de los siguientes pacientes no sería un candidato favorable**
- A) Pacientes con reoperación mitral
 - B) Pacientes obesos y ancianos
 - C) Pacientes con enfermedad de Barlow o patología severa del velo anterior
 - D) Paciente con enfermedad coronaria no revascularizable significativa

97 Sobre las indicaciones de cirugía del ductus arterioso persistente, señale la incorrecta:

- A) Todo ductus diagnosticado por ecocardiografía debe cerrarse quirúrgicamente
- B) El ductus de 1-2 mm de un niño habitualmente no provocara repercusión hemodinámica
- C) Un ductus pequeño puede ser una fuente de infección y endarteritis
- D) Los beneficios de cierre quirúrgico de un ductus de 1-2mm sin repercusión hemodinámica no están claros

98 Un paciente portador de una fistula de Blalock Taussig presenta una conexión entre:

- A) Arteria subclavia y arteria pulmonar
- B) Arteria subclavia y vena pulmonar
- C) Aorta y vena pulmonar
- D) Aorta y arteria pulmonar

99 Una comunicación interauricular es inoperable...

- A) Cuando existe sobrecarga de volumen del ventrículo derecho.
- B) Cuando existe insuficiencia tricúspide asociada
- C) Cuando se asocia a drenaje venoso pulmonar anómalo parcial.
- D) Cuando existe hipertensión pulmonar a nivel superior de la TA sistémica

100 Una de las siguientes es común en la insuficiencia mitral reumática:

- A) Rotura de cuerdas
- B) Elongación de cuerdas
- C) Perdida de la contracción anular
- D) Rotura de valva

CASO I:

Paciente diabético de 65 años, acude por fiebre alta, intenso dolor en MII, y una úlcera activa necrótica de mal aspecto, que engloba a primer y segundo dedo de dicho pie. Se practica estudio arteriográfico que demuestra lesiones muy distales a nivel de la trifurcación, con muy malos lechos distales.

101 La amputación que preserva mejor función de la extremidad inferior es:

- A) Chopart
- B) Transmetatarsal
- C) Lisfranc
- D) Syme

102 En el pie diabético, el cuadro de úlcera activa que precede a la amputación, ocurre en:

- A) 20% de los casos
- B) 35% de los casos
- C) 55% de los casos
- D) 85% de los casos

103 La neuropatía diabética afecta a las vías:

- A) Motoras
- B) Sensoriales
- C) Autonómicas
- D) Todas las anteriores

104 Las infecciones leves del pie diabético que no son MRSA, se pueden tratar inicialmente con:

- A) Trimetropin-sulfametoxazol
- B) Cefalexina
- C) Amoxicilina-clavulanico
- D) Clindamicina

105 La clasificación de Wagner de la úlcera diabética , el grado 4 cursa con:

- A) Gangrena digital
- B) Osteomielitis y absceso
- C) Úlcera profunda hasta hueso, tendones y ligamentos.
- D) La clasificación de Wagner no es de úlcera diabética

CASO II:

Paciente varón de 37 años con antecedentes de tabaquismo (> 40 cigarrillos / día), etilismo, obesidad, hipertensión arterial y dislipemia. No alergias medicamentosas. Consulta a su médico de familia por episodios febriles vespertinos y sensación de malestar. En los últimos días disnea, edemas en miembros inferiores con fovea. Su médico lo remite a su hospital de referencia para estudio. En urgencias hospitalarias, presenta palidez cutánea y de mucosas, sudoración y sensación de mareo. Rx tórax: infiltrados alveolares bilaterales. Analítica: Creatinina: 1,6. Urea = 120. Hemoglobina = 8,9. Hematocrito = 26,7. Gasometría: PO₂ = 68 PCO₂ = 45. Ácido láctico = 1,5.

106 En base a la clínica del paciente su sospecha diagnóstica sería:

- A) Insuficiencia tricúspide aguda.
- B) Insuficiencia aórtica aguda.
- C) Insuficiencia respiratoria aguda.
- D) IAM.

107 El paciente ingresa para estudio. Se realiza una ecocardiografía donde se describe una válvula aórtica bicúspide con perforación de velos. Válvula mitral con verruga de 1,2x1,5 mm en velo anterior. Absceso de la unión mitro-aórtica de 10 x 12 mm. Hemocultivos positivos para Streptococo Viridans. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico?

- A) Vancomicina + Gentamicina.
- B) Vancomicina + Ampicilina.
- C) Vancomicina + Rifampicina.
- D) Penicilina G sódica.

108 ¿Qué actitud terapéutica tomaría si el paciente presenta bloqueo A-V de primer grado?

- A) Tratamiento antibiótico durante 4 semanas.
- B) Tratamiento quirúrgico urgente.
- C) Tratamiento quirúrgico programado diferido.
- D) Observación.

109 En el caso de intervenir al paciente, ¿Qué técnica quirúrgica usaría ?

- A) Técnica de Adams.
- B) Técnica de Nics.
- C) Técnica de David.
- D) Técnica de Müller.

110 ¿Cuál es la duración mínima preoperatoria recomendada del tratamiento antibiótico en un paciente con endocarditis no complicada?

- A) 1 semana.
- B) 4 semanas.
- C) 3 semanas.
- D) 2 semanas.

CASO III:

Paciente de 68 años, con HTA bien controlada con IECA, es operada de doble lesión mitral con Implante de prótesis mecánica bivalva mitral sin incidencias. El postoperatorio transcurre con normalidad, siendo dada de alta al 9º día . Sin embargo, a los 4 días de su alta la paciente acude a Urgencias por fiebre de escasa entidad que empezó la misma tarde del alta (37.7°C) y que se ha incrementado progresivamente hasta llegar a 39°C, con escalofríos. La exploración muestra una paciente con estado general no comprometido, refiriendo cierta molestia a la inspiración profunda en costado izquierdo. La herida quirúrgica no presenta anormalidades, con buena cicatrización. Se ausculta el click mecánico de la prótesis y un leve soplo sistólico III/VI en ápex. Hay disminución de la ventilación en base posterior de hemitórax izquierdo y el abdomen no presenta anormalidades. La analítica muestra 14.500 leucocitos/mm³, 10.6 g/dl de Hb y 230.000 plaquetas. Proteína C reactiva de 112 mg/dl (N= 0 - 5) y la Rx de tórax muestra una atelectasia parcial de lóbulo inferior izquierdo y un derrame pleural en ese pulmón que ocupa el tercio inferior

111 ¿Cuál es su actitud?

- A) La ausencia de datos exploratorios patológicos en la herida descarta una complicación de la herida, por lo la paciente debe estudiarse por la especialidad correspondiente, por ejemplo Medicina Interna
- B) Solicitar hemocultivos seriados y ecografía transesofágica
- C) Iniciar tratamiento empírico para su neumonía con meropenem
- D) Solicitar TAC torácico

112 La paciente es ingresada en Neumología, donde inicia tratamiento antimicrobiano con meropenem. Los hemocultivos (cursados tras dos dosis de antimicrobiano) son negativos, pero la paciente a los 4 días sigue con fiebre alta, de 39-39.5 °C y el derrame pleural ha aumentado . Se realiza ecocardiografía transtorácica que muestra normofuncionamiento protésico. Se suspende anticoagulación y se realiza punción del derrame pleural que muestra 1600 células (80% PMN), 3 g/l de proteínas y glucosa de 0,70 g/L para glucemia paralela de 1,1 g/L. Los cultivos del líquido pleural son también negativos. Ante estos hallazgos, ¿Cuál sería ahora su actitud?

- A) Intervención quirúrgica de urgencia. Reapertura, lavado mediastínico con toma de cultivos y cierre dejando drenaje y lavado continuo con povidona.
- B) Intervención quirúrgica, pero ampliaría además la cobertura antimicrobiana con vancomicina
- C) Antes de nada, solicitaría un TAC torácico
- D) Solicitaría ecocardiografía transesofágica y una nueva tanda de hemocultivos seriados

113 Se realiza Ecocardiografía transesofágica que muestra prótesis normofuncionante y derrame pericárdico anterior de 0,8 cms que antes no existía. Se realiza también un TAC torácico que se informa de colección homogénea retroesternal "compatible con mediastinitis", así como derrame pleural izquierdo. Tras esto, la paciente se traslada a UCI desde donde lo llaman para que considere la intervención urgente de la paciente que está séptica. ¿Cuál de las siguientes actuaciones le parece más acertada?

- A) Operar de inmediato
- B) Valorar clínicamente a la paciente, analítica de control y tomar nuevos hemocultivos
- C) Punción del derrame pericárdico para obtener muestras
- D) Ampliar la cobertura antimicrobiana con vancomicina

114 A pesar de estar en la UCI, la paciente está en todo momento hemodinámicamente estable, con respiración a 20 rpm, saturación basal de O₂ a 93%, cifras de TA en 130/80 mmHg, PVC: + 8 cmsH₂O y diuresis de 2.000 cc en 24 h sin apoyo farmacológico. La analítica no ha variado sustancialmente (proteína C reactiva: 120 mg/dl, Ac láctico: 0.9 mmol/l). Se toman nuevos hemocultivos y se amplía la cobertura antibiótica a vancomicina, pero a las 72 h continúa con fiebre alta y los hemocultivos son negativos. En ese momento , ¿cuál sería su actitud? :

- A) Hay que operar: desbridaje, lavado mediastínico y cierre diferido. Revisión de cavidad pericárdica por si existe pus y toma de muestras.
- B) Hay que operar, pero incluyendo también atriectomía y revisión de la prótesis, por si existe absceso perivalvular no detectado en ecocardiografía
- C) Hay que operar (sin revisión de la prótesis), pero ampliando aún más la cobertura antibiótica con antifúngicos (posibilidad de infección por *Cándida albicans*)
- D) No operar. Iniciar tratamiento con esteroides a dosis intermedias (10-20 mg de metil-prednisolona cada 8 h.

115 ¿Solicitaría alguna prueba más?

- A) No, no la creo necesaria
- B) Si, una RNM cardiaca
- C) Sí, un PET-TAC para ver si existe captación periprótésica
- D) Si, angio-TAC coronario

CASO IV:

Mujer de 17 años sin antecedentes de interés que ingresa por síndrome febril acompañado de poliartralgias y exantema facial. Es diagnosticada de Lupus eritematoso sistémico demostrándose la presencia de anticoagulante lúpico. De manera súbita la paciente presentó deterioro de su situación clínica con aparición de disnea de reposo y ortopnea ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos. En el ecocardiograma se objetivó una insuficiencia mitral grave con aurícula izquierda ligeramente dilatada y un velo posterior mitral restrictivo que generaba un déficit de coaptación. Los hemocultivos fueron negativos. Se instauró tratamiento endovenoso con vasodilatadores y diuréticos con soporte ventilatorio mecánico no invasivo. Tras dicho tratamiento no hubo mejoría clínica

116 ¿Qué actitud terapéutica tomaría?

- A) Retrasar el tratamiento quirúrgico a la espera de mejoría clínica
- B) Altas dosis de corticoides
- C) Tratamiento antibiótico de amplio espectro
- D) Tratamiento quirúrgico urgente

117 En el caso descrito, ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- A) Enfermedad de Barlow
- B) Endocarditis de Libman-Sacks
- C) Endocarditis fúngica
- D) Enfermedad fibroelástica mitral

118 ¿Cuáles serían los hallazgos macroscópicos que cabría esperar?

- A) Engrosamiento localizado en el borde libre de los velos con gran afectación del aparato subvalvular
- B) Engrosamiento difuso de los velos y afectación mínima del aparato subvalvular
- C) Calcificación de los velos
- D) Prolapso de ambos velos

119 En este caso, si tuviera indicación quirúrgica ¿qué intervención propondría?

- A) No tiene indicación quirúrgica
- B) Reparación mitral con neocuerdas y anillo protésico
- C) Reparación mitral con ampliación de velo posterior con parche de pericardio y anillo protésico
- D) Prótesis mitral biológica

120 En el caso descrito, la histopatología de la válvula mitral demostraría

- A) Pérdida de fibras de colágeno y elásticas de la pars fibrosa
- B) Engrosamiento fibroso difuso y calcificación distrófica
- C) Degeneración mixomatosa
- D) Incremento de la vascularización con infiltración por neutrófilos. La inmunofluorescencia directa confirmaría la presencia de depósitos de fibrina y la fracción C1q del complemento

CASO V:

Paciente de 58 años con antecedentes personales de no consumo de alcohol, ex-fumadora (20 paquetes/año), con hipercolesteronemia (cifras medias de 250 mg/dl, sin tratamiento) e hipertensa (de reciente diagnóstico y bien controlada con IECA). Solo refiere una hospitalización previa por un episodio de neumonía intersticial de presentación aguda (etiología no aclarada) y curso prolongado en otro centro, hace 10 años y de la que se recuperó espontáneamente. Ingresa ahora por cuadro compatible con insuficiencia cardíaca progresiva de 2-3 meses de evolución. La radiografía de tórax muestra cardiomegalia con patrón congestivo y en la analítica la función renal y hepática son normales. En la ecocardiografía transtorácica se observa una miocardiopatía dilatada con diámetro telediastólico de ventrículo izquierdo de 80 mm y una FE del 20%, además de regurgitación mitral severa, ventrículo derecho dilatado y presión sistólica de arteria pulmonar de 80 mmHg.

121 ¿Cuál de las siguientes cree usted que no explicaría la situación actual de la paciente?

- A) Cardiopatía isquémica en paciente con varios factores de riesgo
- B) Miocarditis viral (desarrollada y no diagnosticada durante el ingreso de hace 10 años)
- C) Enfermedad reumática
- D) Miocardiopatía tóxica

122 Se realiza una coronariografía que muestra arterias coronarias normales. Ante esto, se realiza cateterismo derecho, donde se observa presión sistólica de arteria pulmonar de 80 mmHg, gradiente transpulmonar de 15 mmHg y RVP 6,5 UW. ¿Solicitaría alguna otra prueba?

- A) No, aumentaría diuréticos, IECAs y Betabloqueantes y esperaría evolución
- B) No, pero aparte de optimizar el tratamiento médico, añadiría inhibidores de la fosfodiesterasa (Sildenafil) y/o antagonistas del receptor de endotelina (Bosentan)
- C) Si, cateterismo derecho, pero complementado con test de epoprostenol
- D) No, si la paciente no mejora con la optimización del tratamiento médico y el uso de sildenafil, habría que añadir serelaxina y ver entonces evolución

123 Se optimiza el tratamiento médico (diuréticos de asa, proximales y distales, IECA y beta-bloqueantes, así como vasodilatadores pulmonares). Sin embargo, su situación no mejora significativamente. Ante esto, usted que realizaría:

- A) Añadiría serelaxina al tratamiento
- B) Incluiría a la paciente en lista de espera urgente para trasplante cardiaco
- C) Creo que antes que nada habría que disminuir la regurgitación mitral, que podría hacerse mediante técnica percutánea (Mitraclip)
- D) Nada de lo anterior

124 Ante el fracaso del tratamiento médico, se decide cierre percutáneo de la mitral mediante implantación de dispositivo metálico (mitraclip). Sin embargo, la paciente sigue sin mejoría clínica y un nuevo cateterismo derecho sigue mostrando hipertensión pulmonar severa. Con esta situación, ¿Cuál considera que sería el siguiente tratamiento?

- A) Incluir en lista de espera urgente para trasplante cardiaco
- B) Incluir en lista de espera urgente para trasplante, pero de corazón y pulmón
- C) Implantar asistencia ventricular de corta duración como puente al trasplante
- D) Implantar asistencia ventricular de larga duración

125 Con respecto al pronóstico de la paciente, señale la afirmación que le parece más correcta:

- A) Es ominoso, ya que la hipertensión pulmonar severa e irreversible que presenta la paciente contraindica el trasplante cardiaco
- B) Su única posibilidad es el trasplante combinado de corazón y pulmón, pero con su edad, la probabilidad de muerte es casi inaceptable para intentarlo, por lo que creo que debe limitarse el esfuerzo terapéutico.
- C) Favorable porque la asistencia ventricular prolongada logra reducir la hipertensión pulmonar y permite realizar trasplante cardiaco posterior (terapia "puente")
- D) Favorable porque se puede llevar de por vida con la asistencia ventricular de larga duración

CASO VI:

Mujer de 52 años de edad sin historia previa de cardiopatía isquémica. Disnea Grado II NYHA. ECG en ritmo sinusal. El ecocardiograma mostraba prolapso extenso del segmento P2 de la valva posterior mitral que producía regurgitación mitral severa con una fracción de eyección ventricular izquierda normal. El orificio regurgitante efectivo calculado fue de 0,5 cm². Se realizó una angio- TAC coronaria que mostró un score calcio de 0 y la ausencia de estenosis coronarias.

126 ¿Qué actitud recomendaría?

- A) Seguimiento cada 6 meses hasta empeoramiento síntomas
- B) Seguimiento cada 6 meses hasta empeoramiento función ventricular
- C) Seguimiento cada 12 meses hasta aparición fibrilación auricular
- D) Cirugía de reapiación mitral

127 En el caso descrito, cuando la paciente tuviera indicación quirúrgica, ¿qué técnica propondría?

- A) Anillo sobrerreductor
- B) Resección P2 y/o neocuerdas + anillo
- C) Trasposición de cuerdas
- D) Anillo asimétrico

128 En este caso, tras la cirugía de reparación mitral pasó a UCI con perfusión de noradrenalina a 0,1 g/kg/min. Tras la extubación, el ECG cambia mostrando elevación del segmento ST anterolateral con edema agudo de pulmón y severa hipoperfusión periférica compatible con shock cardiogénico. La determinación inicial de enzimas cardíacas mostró elevación de la CK 871 U/L (26-167), CK-MB 49,3 U/L (< 25), troponina T ultrasensible 695,40 ng/L (< 14), con incremento a las 24 h hasta 2.465 U/L, 255 U/L y 4,13 ng/L, respectivamente. En el ecocardiograma, apareció un ventrículo izquierdo no dilatado (DTD 48 mm), con acinesia completa de septo, ápex y segmentos distales de las paredes anterior, lateral e inferior, con hipercontractilidad compensadora de los segmentos basales y una FEVI del 20%. Se efectuó una arteriografía, que mostró un árbol coronario anatómicamente sano, con arterias coronarias con flujo distal normal, sin defectos de repleción intraluminales ni lesiones ateromatosas. A los 2 días las enzimas cardíacas y el ECG retornaron a la normalidad; en ningún momento aparecieron ondas Q. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- A) Disfunción ventricular por mala protección miocárdica
- B) Miocarditis
- C) Síndrome de Takotsubo
- D) Infarto agudo de miocardio por enfermedad coronaria

129 ¿Qué mecanismos fisiopatológico explicaría el cuadro?

- A) Espasmo arterial coronario
- B) Disfunción microvascular coronaria
- C) Cardiotoxicidad por catecolaminas
- D) Todos los anteriores

130 En el caso descrito, ¿Qué actitud terapéutica propondría?

- A) Trasplante cardíaco
- B) Asistencia circulatoria
- C) Tratamiento conservador pues el pronóstico suele ser favorable
- D) Recambio valvular mitral

CASO VII:

Mujer de 48 años con antecedente de HTA, obesidad grado 2, hernia de hiato y miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Niega hábitos tóxicos. Tratamiento habitual: indapamida 2,5 mg 0-1-0, bisoprolol 10 mg 1-0-1, verapamilo 120 mg 1-1-1 y pantoprazol 20 mg 1-0-0. Refiere progresión de sus síntomas en controles ambulatorios de cardiología, hasta presentar disnea y dolor torácico de esfuerzo que limita su capacidad funcional. En últimas revisiones, NYHA II-III/IV, a pesar de buen control tensional. Ritmo sinusal en rangos de bradicardia en torno a 50-55 lpm. Auscultación cardíaca rítmica con soplo sistólico en foco mitral III/VI irradiado a axila y soplo en borde paraesternal izquierdo que aumenta con la espiración. Campos pulmonares bien ventilados sin ruidos sobreagregados. Extremidades sin edemas y pulsos simétricos ++/++. ECG basal: ritmo sinusal a 55 lpm con signos de HVI. Radiografía de tórax: índice cardiorácico en el límite alto de la normalidad, senos costofrenicos libres. Ecocardiograma transtorácico basal: ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia septal asimétrica que alcanza 19 mm en su segmento basal anterior y que condiciona obstrucción dinámica en TSVI con gradiente pico de 87 mmHg, SAM e insuficiencia mitral severa excéntrica dirigida hacia pared lateral de AI. FEVI conservada 61%. PSAP estimada 45 mmHg. Cavidades derechas normales. Ecocardiograma de estrés con ejercicio: presenta clínica de agotamiento y disnea que hacen suspender la prueba. 10 METS. Aumento del grado de obstrucción dinámica en TSVI que llega a un gradiente pico de 177 mmHg, aumento del grado de insuficiencia mitral y PSAP estimada en 57 mmHg. TAC coronario: sin lesiones significativas.

131 Ante esta situación, el paso siguiente sería...

- A) Aumentar la medicación.
- B) Remitir a cirugía para miectomía septal.
- C) Implante de marcapasos VVI.
- D) Remitir a cirugía para reparación valvular mitral.

132 Con respecto al tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica, es falso:

- A) Los betabloqueantes están recomendados para el tratamiento sintomático en pacientes con MHO y no obstructiva .
- B) Los inotrópicos positivos (dopamina, dobutamina, noradrenalina) son potencialmente perjudiciales para el tratamiento de la hipotensión en pacientes con MHO.
- C) Puede ser razonable añadir un diurético a pacientes con MHO cuando los síntomas congestivos persisten a pesar del uso de betabloqueantes +/- verapamilo
- D) Los calcioantagonistas dihidropiridínicos están recomendados para el tratamiento sintomático en pacientes con MHO y no obstructiva que no respondan a los betabloqueantes o que tengan algún efecto adverso/contraindicación.

133 Con respecto al tipo y a la frecuencia de las complicaciones de la miomectomía septal quirúrgica podemos decir lo siguiente, excepto:

- A) Defecto septal ventricular por eliminación excesiva muscular en aproximadamente el 2% de los pacientes.
- B) Bloqueo completo de rama izquierda o bloqueo auriculoventricular completo que requiera implante de marcapaso definitivo entre el 5 y el 7%.
- C) Insuficiencia aórtica severa que requiera subsecuente reemplazo valvular aórtico entre el 6 y el 8%.
- D) Fibrilación auricular en aproximadamente el 20% de los pacientes.

134 Con respecto a la estimulación con marcapasos en la miocardiopatía hipertrófica podemos decir lo siguiente, excepto:

- A) En pacientes con MHO que tienen un dispositivo bicameral implantado por otras indicaciones, es razonable considerar estimulación bicameral para el alivio sintomático atribuible a la obstrucción del TSVI.
- B) La estimulación con marcapasos permanente puede ser considerada en pacientes con MHO con síntomas refractarios a la terapia farmacológica que son candidatos subóptimos para la ablación septal .
- C) La implantación de un marcapasos permanente con el propósito de reducir el gradiente dinámico no debe considerarse en pacientes asintomáticos o con síntomas que responden favorablemente al tratamiento farmacológico.
- D) La implantación de un marcapasos permanente debe considerarse en pacientes con síntomas refractarios y bloqueo completo de rama izquierda previo a ablación septal por la alta incidencia de bloqueo completo de rama derecha tras el procedimiento.

135 El cierre de un defecto interventricular se debe considerar en pacientes con evidencia de un cortocircuito izquierda-derecha significativo asociado a, excepto:

- A) Dilatación de auricular izquierda
- B) Aumento del diámetro diastólico del VI mayor a 2 desviaciones estándar.
- C) Insuficiencia aórtica adquirida progresiva.
- D) Defecto del septo interventricular mayor de 0.5 cm con gradiente superior a 45 mmHg.

CASO VIII:

Paciente de 8 años con un catéter retenido en corazón derecho. Antecedentes personales neutropenia congénita severa sometida a dos trasplantes de médula ósea de donante HLA idéntico pero infructuosos. Se le coloca (3 años antes) un reservorio permanente subcutáneo a través de subclavia derecha para el tratamiento antimicrobiano IV que requiere cada cierto tiempo por constantes infecciones. Dos años antes la niña ingresa por cuadro febril de 2 semanas de evolución, sin aparente foco más que una ligera tos. La zona de implantación del catéter parece intacta. En TAC de tórax se aprecian dos lesiones nodulares cavitadas y los hemocultivos son positivos, pero informados como "posible contaminación". La fiebre cede con tratamiento empírico, pero recidiva al cesar el antibiótico, motivando otros dos ingresos sin aislamientos microbiológicos, pero observándose clara inflamación en el reservorio.

136 ¿Cuál cree usted que hubiese sido en ese momento el mejor abordaje?

- A) Retirada de todo el sistema (reservorio y catéter) por tracción simple
- B) Sellado antibiótico del catéter
- C) Tratamiento antibiótico Intravenoso
- D) Recolocación del dispositivo

137 Al comprobarse la ausencia de fiebre, se interviene la zona del reservorio, que se limpia, recolocándose éste. Tras esto, la paciente presenta fiebre, pero afortunadamente cede con tratamiento antibiótico y es dada de alta. Desafortunadamente, la paciente sufre nuevos episodios febriles en tres ocasiones más, que también ceden con tratamiento antibiótico y finalmente el catéter deja de funcionar, por lo que se solicita la retirada al servicio de cirugía. La chica se interviene, retirándose el reservorio que está desprendido del catéter y se comprueba mediante RX migración de éste, quedando una pequeña parte (fragmento distal) fuera de la subclavia (6 cms). ¿En ese momento, cual cree que hubiera sido la mejor decisión?

- A) Actitud expectante, ya que la zona de hipotética infección ya ha sido retirada. No hay que hacer nada más
- B) Intentar retirar catéter mediante abordaje a nivel de zona de subclavia
- C) Actitud expectante, pero controles periódicos de la posición del catéter
- D) Nada de lo anterior

138 Al cabo del mes, la niña acude a las consultas por presentar edema facial y circulación colateral visible en tórax. En la Rx de tórax se aprecia migración completa del catéter que queda con extremo distal apoyado en ventrículo derecho (VD) y extremo distal completamente dentro de vena cava superior. Se ha solicitado un angioTAC torácico, pero ¿cree que debería solicitarse alguna prueba mas?

- A) No. Lo fundamental es ver si existe trombosis de la vena para iniciar rápidamente anticoagulación
- B) Ecocardiografía
- C) Hemocultivos seriados
- D) b y c son correctos

139 Se realiza angio-TAC que muestra trombosis de vena cava superior en su 1/3 superior, coincidente con el extremo distal del catéter por lo que se inicia anticoagulación con warfarina. Sin embargo, lejos de mejorar, el trombo progresa a lo largo de dos meses, y la niña tiene claro edema facial, con cierta proptosis ocular y evidente circulación colateral en todo el tórax. Le solicitan entonces retirada mediante cirugía cardíaca, a lo que usted responde :

- A) Creo que hay que operar sin más dilación. Es evidente que la trombosis producida por el catéter es la causa de todo y por tanto debe retirarse lo antes posible
- B) Aunque no refiera ahora fiebre, solicitaría unos hemocultivos seriados porque si son positivos, iniciaría antes de la cirugía el tratamiento antimicrobiano
- C) Creo que habría que solicitar antes una RNM cardíaca
- D) Ante la progresión de la trombosis, creo que no es suficiente con la anticoagulación, por lo que creo procedente añadir además doble antiagregación (aspirina + clopidogrel, por ejemplo)

140 Tres días antes de la intervención programada, la niña comienza de nuevo con fiebre y se toman hemocultivos que son positivos para S. epidermidis meticilín-resistente. Ante esto, usted (señale la opción que le parezca más correcta):

- A) Suspendo la intervención. No debe operarse jamás a una paciente que tiene una sepsis potencialmente grave. La tasa de infección de la herida quirúrgica además sube exponencialmente en esta situación, ya que la chica es además una inmunodeprimida
- B) Indico tratamiento antimicrobiano con teicoplanina y si los hemocultivos se negativizan y la paciente queda afebril, intentaría la extracción percutánea con asa accediendo por vía femoral
- C) Inicio tratamiento antimicrobiano y mantengo la cirugía cardíaca programada para dentro de tres días. Es muy improbable que por la posición del catéter pueda realizarse la extracción percutánea y es prioritario retirar el foco séptico antes de que sea demasiado tarde.
- D) Inicio tratamiento antimicrobiano y si los hemocultivos se negativizan, realizaría la cirugía cardíaca abierta en el plazo de una semana

CASO IX:

Varón de 48 años con antecedentes de duodenitis erosiva asociado a hemorragia previa. Ingresó por disnea y angina de mínimos esfuerzos. El paciente presentaba insuficiencia cardíaca en clase funcional IV pese a tratamiento médico intensivo. La ecocardiografía mostraba una hipertrofia septal asimétrica con gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo en reposo de 60 mmHg, un septo interventricular de 20 mm y regurgitación mitral severa con doble flujo regurgitante; uno posterior secundario a movimiento sistólico anterior mitral y otro anterior producido por un amplio prolapso del velo posterior en su segmento P2. Las coronarias eran normales

141 ¿Por qué motivos tendría indicación quirúrgica?

- A) Por presentar síntomas refractarios al tratamiento médico
- B) Gradiente interventricular superior a 50 mmHg
- C) Anatomía favorable
- D) Por todos los anteriores

142 En el caso descrito antes de la cirugía habría que...

- A) Realizar una resonancia magnética que descarte la inserción anómala de músculos papilares
- B) Realizar ecocardiografía de esfuerzo
- C) Realizar Test de esfuerzo
- D) Son ciertas B y C

143 En ese caso, la cirugía propuesta sería

- A) Miectomía septal extendida
- B) Miectomía de Morrow
- C) Miectomía septal extendida y resección triangular P2 con anuloplastia mitral
- D) Miectomía de Morrow y recambio válvula aórtica

144 En el caso descrito, tras la corrección quirúrgica y todavía en quirófano

- A) Hay que verificar la ausencia de gradiente de presión entre el VI y la aorta
- B) La ecocardiografía transesofágica permite comprobar siempre el gradiente en el tracto de salida del VI
- C) Hay que registrar simultáneamente de forma invasiva por punción directa las presiones en aorta y VI
- D) Son correctas A y C

145 Respecto al caso descrito, señale lo que no proceda

- A) La miectomía tipo Morrow puede ser insuficiente
- B) La sustitución mitral solo debería realizarse en caso de válvulas no reparables
- C) Para evitar cualquier grado de IM residual por SAM tras la reparación valvular, es crucial garantizar la ausencia total de obstrucción del tracto de salida izquierdo, de ahí la importancia de realizar una miectomía septal extendida
- D) La corrección del prolapso disminuye el riesgo de SAM

CASO X:

Paciente de 60 años que se remite para tratamiento de un aneurisma toracoabdominal tipo II.

146 Eso significa que el aneurisma afecta a:

- A) Aorta ascendente
- B) Aorta descendente torácica por debajo de subclavia hasta bifurcación iliaca
- C) Aorta descendente hasta mesentérica superior
- D) Aorta descendente por debajo de subclavia hasta el hiato diafragmático

147 Si el paciente del enunciado presenta bruscamente parálisis de ambos mmii en el postoperatorio, el tratamiento que indicaría es:

- A) Administración de corticosteroides
- B) Drenaje de LCR
- C) Tac por sospecha de trombosis
- D) Cardioversión

148 La complicación mas frecuente del empleo del drenaje del LCR es:

- A) Meningitis
- B) Hemorragia intracraneal
- C) Pérdida de LCR y cefalea
- D) Rotura del catéter

149 El riesgo de rotura del aneurisma del paciente del enunciado, a 5 años, si el diámetro de su aneurisma fuera mayor de 6cm, es:

- A) Menos del 15%
- B) Entre 15-30%
- C) Entre 30-90%
- D) Mas del 90%

150 Para el tratamiento del aneurisma toracoabdominal tipo II, la técnica que mas se emplea es:

- A) Bypass izquierdo y clampaje secuencial.
- B) No se emplea bypass
- C) Bypass derecho y clampaje secuencial
- D) Ninguna de las anteriores

-
-
- 151 ¿Cuál de los siguientes fármacos proporcionan una antiagregación plaquetaria irreversible?**
- A) Abciximab.
 - B) Clopidogrel.
 - C) Eptifibatide.
 - D) Tirofiban.
- 152 La complicación gastrointestinal mas frecuente tras la cirugía cardiaca, en general, es:**
- A) Pancreatitis
 - B) Diverticulitis.
 - C) Isquemia mesentérica
 - D) Colecistitis
- 153 La implantación de un marcapasos DDD en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva, estaría indicada por los siguientes efectos beneficiosos, excepto:**
- A) Disminuye el gradiente transaórtico.
 - B) Disminuye la movilidad del septo.
 - C) Disminuye la contractilidad biventricular.
 - D) Activación tardía de la base del septo.



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

