

**OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE  
INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE  
CANTABRIA**

**CATEGORÍA:**

**FEA CARDIOLOGÍA**

Orden SAN/42/2022, de 29 de diciembre, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el procedimiento de concurso-oposición para la estabilización de empleo temporal, a la condición de personal estatutario fijo en la categoría de Facultativa/Facultativo Especialista de Área de Cardiología de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

**EJERCICIO ÚNICO  
CUESTIONARIO TIPO TEST**

**ADVERTENCIA:**

**NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE**

- 1.- **A los efectos del artículo 4 de la Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria, gozan de la condición política de cántabros los ciudadanos españoles que, de acuerdo con las Leyes generales del Estado, señale la respuesta CORRECTA:**
- A Tengan la vecindad administrativa en cualquiera de los municipios de Cantabria.
  - B Hayan nacido en Cantabria.
  - C Tengan la vecindad administrativa en Casas de Cantabria ubicadas en otras Comunidades Autónomas.
  - D Los nacidos en Cantabria residentes en el extranjero, aunque no hayan tenido la última vecindad administrativa en Cantabria ni acrediten esta condición en el correspondiente Consulado de España.
- 2.- **De acuerdo con el artículo 14 de la Constitución Española de 1978:**
- A Los españoles son mayores de edad a los dieciseis años.
  - B Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
  - C Queda abolida la pena de muerte, salvo para delitos de terrorismo.
  - D Se reconoce el derecho de reunión pacífica y sin armas. El ejercicio de este derecho necesitará autorización previa.
- 3.- **Según el artículo 19 de la Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria, el Gobierno de Cantabria cesa:**
- A Tras la celebración de elecciones a las Cortes Generales.
  - B Tras la celebración de elecciones al Parlamento.
  - C Por la confianza del Parlamento o la adopción por éste de una moción de censura.
  - D Por la pérdida de confianza del Parlamento o la adopción por éste de una moción de confianza.
- 4.- **De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en relación con el derecho de información asistencial, señale la respuesta FALSA:**
- A Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley.
  - B La información, que como regla general se proporcionará por escrito dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
  - C Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.
  - D La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
- 5.- **De acuerdo con el artículo 9 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en relación con la atención sanitaria realizada por un equipo de profesionales, señale la respuesta FALSA:**
- A Se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo.
  - B Se articulará en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros.
  - C Se articulará en función de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.
  - D Se articulará en función del principio de autoridad, ejercida por el profesional de mayor antigüedad.

- 6.- Según el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, Ribamontán al Mar es un municipio comprendido en la Zona de Salud:
- A Liébana.
  - B Nansa
  - C Alto Pas
  - D Cudeyo.
- 7.- De acuerdo con el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, la Zona de Salud Alto Pas comprende los municipios siguientes:
- A Marina de Cudeyo, Entrambasaguas, Ribamontán al Mar y Ribamontán al Monte.
  - B Bárcena de Cicero, Escalante, Hazas de Cesto, Solórzano y Argoños.
  - C Corvera de Toranzo, Santiurde de Toranzo, San Pedro del Romeral, Luena y Vega de Pas.
  - D Reocín, Santillana del Mar, Alfoz de Lloredo y Ruiloba
- 8.- Según el artículo 6 del Decreto 215/2019, de 14 de noviembre, de Estructura Básica del Servicio Cántabro de Salud, modificado por el Decreto 93/2022, de 29 de septiembre, son Funciones de la Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial:
- A La administración y gestión de la Tarjeta Individual Sanitaria.
  - B La realización del análisis de costes, seguimiento y evaluación interna de la gestión presupuestaria.
  - C La tramitación de vacaciones, licencias y permisos.
  - D La actividad encaminada a impulsar la formación continuada, la investigación y la docencia en el ámbito de los cuidados.
- 9.- Según el artículo 57 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el período mínimo de servicios prestados en el Sistema Nacional de Salud exigido para el reconocimiento de un Grado III de carrera profesional es:
- A 20 años.
  - B 22 años.
  - C No existe periodo mínimo.
  - D 15 años.
- 10.- Según el artículo 98 de la Ley de Cantabria 2/2019, de 7 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, las Administraciones públicas de Cantabria:
- A Garantizarán a las mujeres atenciones específicas y diferenciadas, desde una perspectiva sanitaria y de genética de la salud, durante todas las etapas de su vida.
  - B Impulsarán la aplicación de medidas y programas específicos que permitan dar respuesta a las necesidades que presenten los ciudadanos.
  - C Impulsarán las medidas necesarias para avanzar en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan igualmente a mujeres y hombres.
  - D Prestarán una atención especial a los problemas específicos de salud que afectan a las mujeres, dentro de su diversidad, con el objeto de contribuir a la mejora, la promoción y protección de la salud durante todo su ciclo vital.

- 11.- Una de las siguientes condiciones NO es considerada contraindicación "absoluta" por la Sociedad Americana de Ecocardiografía para realizar un Ecocardiograma transesofágico
- A Sangrado esofágico o gástrico agudo
  - B Depresión respiratoria severa
  - C Obstrucción esofágica
  - D Varices esofágicas o divertículo
- 12.- Cuáles de las siguientes son indicaciones para realizar un estudio transesofágico tridimensional:
- A Enfermedad valvular mitral, especialmente la regurgitación mitral.
  - B Evaluación de prótesis cardíacas.
  - C Cardiopatías congénitas.
  - D Todas son correctas.
- 13.-Cuál de las siguientes NO es una indicación frecuente para realizar un estudio transesofágico tridimensional:
- A Enfermedad valvular mitral, especialmente la regurgitación mitral.
  - B Evaluación de prótesis cardíacas.
  - C Evaluación de arterias coronarias.
  - D Cardiopatías congénitas.
- 14.-Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en relación con la precisión de la ecocardiografía de estrés en la detección de la enfermedad coronaria (EC):
- A Múltiples estudios han demostrado que la ecocardiografía de estrés tiene una precisión menor cuando se compara con la arteriografía coronaria como estándar de referencia.
  - B Para la detección de la EC, la ecocardiografía de estrés tiene una sensibilidad significativamente menor en comparación con la imagen de perfusión nuclear tomográfica.
  - C La ecocardiografía de estrés tiene una sensibilidad similar a la imagen de perfusión nuclear tomográfica para la detección de EC, pero una mayor especificidad.
  - D Para la detección de enfermedad del tronco coronario izquierdo o de vasos múltiples, la ecocardiografía de estrés tiene menor sensibilidad que otras técnicas de imagen.
- 15.- Para valorar la severidad de una estenosis coronaria angiográficamente dudosa no situada en el tronco común, lo mas correcto es:
- A Hacer una evaluación con tomografía de coherencia óptica
  - B Hacer una evaluación con ultrasonografía intravascular
  - C Efectuar un estudio de guía de presión con adenosina para medir la reserva coronaria de flujo
  - D Efectuar un estudio de guía de presión con adenosina para obtener la reserva fraccional de flujo
- 16.- En los pacientes con angina estable cuál NO es una indicación válida de abordaje invasivo:
- A Angina con mal control médico
  - B Lesiones de alto riesgo en TAC
  - C Preferencia del paciente
  - D Angina recurrente pero solo si asocia isquemia extensa

- 17.- En un(a) paciente con dolor torácico de aparente perfil anginoso recurrente y coronarias angiográficamente normales, qué es cierto:
- A Lo más normal es que el dolor no sea de origen coronario
  - B Suele tratarse de falsos positivos en las pruebas no invasivas de isquemia
  - C Está indicado un estudio invasivo de la microcirculación para definir etiología
  - D Se van añadiendo diversos fármacos anti anginosos hasta controlar síntomas sin que sea necesario hacer más pruebas
- 18.- Señale la respuesta falsa sobre el trasplante cardiaco
- A La clasificación del donante por la edad (<45,45-55 y >55) tiene sentido porque la reserva funcional y por tanto la respuesta a la isquemia empeora con la edad del paciente
  - B En general la isquemia fría que se considera límite para el donante son cuatro horas
  - C En el postoperatorio inmediato suele haber vasoconstricción y, por eso, a veces se utiliza midodrine oral
  - D La milrinona utilizada en el postoperatorio inmediato reduce la postcarga y la hipertensión pulmonar
- 19.-Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la utilidad de la resonancia magnética cardiaca en la miocardiopatía dilatada no isquémica (MCD) es correcta:
- A La ecocardiografía es superior a la resonancia magnética en la cuantificación del volumen de las cámaras cardíacas y la fracción de eyección.
  - B La presencia de fibrosis intersticial difusa en MCD solo puede detectarse mediante ecocardiografía.
  - C El mapeo T1 y la valoración del volumen extracelular son herramientas útiles para predecir eventos cardíacos adversos mayores en pacientes con MCD.
  - D La resonancia magnética no tiene utilidad en la detección precoz de la MCD en pacientes con adaptación miocárdica atlética.
- 20.-Cuál es la principal diferencia entre las secuencias de eco de espín y las secuencias de eco de gradiente en resonancia magnética:
- A Las secuencias de eco de espín solo aplican gradientes de radiofrecuencia (RF) y no utilizan pulsos de RF.
  - B Las secuencias de eco de gradiente se aplican únicamente en estudios cerebrales y no en estudios cardíacos.
  - C Las secuencias de eco de espín se basan en la aplicación de varios pulsos consecutivos de RF, mientras que las secuencias de eco de gradiente aplican tanto pulsos de RF como gradientes.
  - D Las secuencias de eco de gradiente son más lentas y no se utilizan en cardiología.
- 21.-Cuál de las siguientes condiciones contraindica la realización de una resonancia magnética cardiaca:
- A Catéter de Swan-Ganz.
  - B Presencia de esquirla metálica intraocular por accidente.
  - C Claustrofobia leve tratada con sedación.
  - D A y B son correctas.

**22 .- Es cierto sobre las bradicardias nocturnas y las desórdenes del sueño que:**

- A Son indicación frecuente de implante de marcapasos definitivo
- B Las bradicardias nocturnas significativas deberían hacernos plantear la posibilidad de que el paciente pueda padecer apnea del sueño
- C El tratamiento de la apnea del sueño no suele disminuir la frecuencia de las arritmias y no tiene efectos beneficiosos en el sistema cardiovascular
- D Si un paciente hace pausas de 3 segundos por la noche mientras duerme hay que indicar un marcapasos definitivo

**23 .-Cuál de los siguientes enunciados es falso:**

- A En la disfunción sinusal se considera actualmente que no hay una frecuencia cardíaca mínima o una duración de pausa máxima que obliga a implantar un marcapasos definitivo en pacientes asintomáticos
- B Mobitz II o Bloqueo AV completo de causa no reversible es motivo de marcapasos definitivo
- C La presencia de bloqueo de rama izquierda aumenta el riesgo de tener disfunción ventricular o enfermedad estructural
- D El marcapasos indicado en una fibrilación auricular bloqueada sintomática es un DDDR-CLS

**24 .- La terapia de CNA (cardioneuroablación) está especialmente indicada en síncope vasovagales de repetición con predominio de la respuesta:**

- A Cardioinhibitoria
- B Vasopléjica
- C Asociada a fibrilación auricular
- D Ninguna respuesta es cierta

**25 .-Cuál de los siguientes parámetros se debe ajustar primero en la programación de un marcapasos en caso de una taquicardia mediada por el dispositivo:**

- A La frecuencia máxima de seguimiento.
- B El intervalo AV.
- C El umbral de sensibilidad ventricular.
- D La duración del período refractario post-ventricular (PVARP).

**26 .- Una mujer de 80 años con diagnóstico de disfunción del nódulo sinusal (DNS) se presenta con episodios recurrentes de mareo y síncope. En su historial médico, se destacan episodios de fibrilación auricular (FA) paroxística y una calidad de vida disminuida debido a fatiga constante. El cardiólogo está considerando implantar un marcapasos. No tiene cardiopatía estructural significativa. ¿Cuál sería la modalidad de estimulación cardíaca más adecuada para esta paciente?**

- A La estimulación ventricular unicameral (VVIR) debido a su edad avanzada y pausas poco frecuentes.
- B La estimulación auricular unicameral debido a la ausencia de insuficiencia cardíaca y su historia de FA.
- C La estimulación auriculoventricular bicameral (DDD) debido a la capacidad de reducir el riesgo de fibrilación auricular y mejorar la calidad de vida.
- D Ninguna modalidad de estimulación está indicada debido a su edad avanzada y expectativa de vida limitada.

- 27.- Una taquicardia auricular focal por aumento de automatismo queda descartada si:
- A Cede con adenosina
  - B Se disocia la taquicardia auricular de los ventrículos con adenosina
  - C Estimulando el ventrículo derecho conseguimos de forma repetida quitar la taquicardia sin que se capture retrógradamente la aurícula
  - D El ciclo de la taquicardia en el mapeo cubre la totalidad del ciclo de la taquicardia auricular
- 28.- Una causa de taquicardia supraventricular RP>PR es:
- A Taquicardia intranodal común
  - B Flutter auricular
  - C Taquicardia auricular focal
  - D Wolff-Parkinson-White
- 29.- Respecto a la localización del origen de una taquicardia auricular por su ECG, es falso que:
- A Una P positiva en V1 indica origen en aurícula izquierda
  - B P positiva en DII, DIII y aVF indica origen muy próximo a la boca del seno coronario
  - C Las taquicardias de la "crista" suelen ser positivas en DII, DIII y aVF si son posterolaterales
  - D Una P negativa en V5, V6 sugiere una localización inferomedial y suele verse en fisiología Coumel
- 30.-Cuál es el criterio diagnóstico electrofisiológico más característico de una taquicardia por reentrada intranodal (TRIN):
- A Intervalo VA corto durante la taquicardia (<70 ms).
  - B Disociación AV completa durante el episodio taquicárdico.
  - C Iniciación de la taquicardia con una extrasístole ventricular.
  - D Presencia de una onda P positiva en las derivaciones inferiores.
- 31.-Cuál es la localización más frecuente de las vías accesorias en el síndrome de Wolff-Parkinson-White:
- A Región posteroseptal.
  - B Región anterolateral izquierda.
  - C Región lateral derecha.
  - D Región anteroseptal.
- 32.-Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas NO seguiría las recomendaciones de las guías europeas de 2024 para el manejo de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular (FA):
- A Considerar la escala CHA2DS2-VA de 1 como un indicador de riesgo tromboembólico elevado para la decisión de iniciar anticoagulación en pacientes con FA.
  - B Administrar anticoagulación oral en todos los pacientes con FA y miocardiopatía hipertrófica o amiloidosis cardíaca, independientemente de su puntaje CHA2DS2-VA.
  - C Usar la terapia antiplaquetaria como una alternativa adecuada a la anticoagulación oral en pacientes con FA para la prevención de ictus y tromboembolismo.
  - D Realizar una reevaluación periódica y personalizada del riesgo tromboembólico para asegurar que se inicia la anticoagulación en los pacientes con FA adecuados.

- 33 .- Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las complicaciones durante el procedimiento del cierre percutáneo de la orejuela izquierda es correcta:**
- A La embolización del dispositivo es una complicación frecuente.
  - B La tasa de derrame pericárdico grave ha disminuido significativamente desde el 8.7% en el ensayo PROTECT AF a menos del 2% en la práctica.
  - C La incidencia de accidente cerebrovascular ha aumentado en los registros clínicos recientes debido a la trombosis del dispositivo.
  - D El uso de anticoagulación durante el procedimiento no se recomienda en pacientes con riesgo tromboembólico elevado.
- 34 .- Cuál de las siguientes opciones NO está recomendada en el manejo de comorbilidades y factores de riesgo en pacientes con fibrilación auricular (FA):**
- A Uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca y FA para reducir el riesgo de hospitalización y muerte cardiovascular.
  - B Control glucémico efectivo como parte de la gestión de factores de riesgo en individuos con diabetes mellitus y FA.
  - C Uso de cuestionarios basados en síntomas para el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño en pacientes con FA.
  - D Tratamiento con diuréticos en pacientes con FA, insuficiencia cardíaca y congestión para aliviar los síntomas.
- 35 .- Cuál de las siguientes recomendaciones de las guías europeas de 2024 se aplica a pacientes con fibrilación auricular (FA) y amiloidosis cardíaca:**
- A Iniciar anticoagulación oral solo si el puntaje CHA2DS2-VASc es mayor o igual a 1.
  - B Se recomienda anticoagulación oral independientemente del puntaje CHA2DS2-VASc.
  - C Se recomienda anticoagulación solamente en los pacientes con FA subclínica detectada por dispositivos, excluyendo a los de alto riesgo de sangrado.
  - D La anticoagulación oral está contraindicada en pacientes con FA y riesgo elevado de sangrado.
- 36 .- Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la anticoagulación y la cardioversión en pacientes con fibrilación auricular (FA) es correcta según las guías europeas de 2024:**
- A Los antagonistas de la vitamina K se recomiendan en preferencia a los anticoagulantes orales directos en pacientes con FA que se someten a cardioversión.
  - B La cardioversión precoz está indicada en todos los pacientes con FA, incluso sin anticoagulación adecuada o ecocardiografía transesofágica, independientemente de la duración de la FA.
  - C Se debe considerar la cardioversión (eléctrica o farmacológica) en pacientes sintomáticos con FA persistente como parte de un enfoque de control del ritmo.
  - D Se recomienda evitar cualquier estrategia de control del ritmo en los primeros 3 meses tras el diagnóstico de FA.
- 37 .- Las taquicardias del "summit" se suelen abordar:**
- A Por vía transeptal en la cara lateral del anillo mitral
  - B Por vía venosa en ramas septales del seno coronario
  - C Aplicando radiofrecuencia en la cava superior
  - D Desde el borde anterior de la orejuela izquierda



- 38 .- La displasia arritmogénica del ventrículo derecho o miocardiopatía arritmogénica se caracteriza por:**
- A Nunca afectar al ventrículo izquierdo
  - B Afectar sobre todo a la cara anterior en su porción media del ventrículo derecho
  - C Iniciarse más frecuentemente en el epicardio de VD progresando después a endocardio
  - D Desarrollar precozmente fallo derecho antes de iniciar arritmias ventriculares
- 39 .- Las taquicardias ventriculares post infarto inferior :**
- A Son casi siempre epicárdicas
  - B Son casi siempre focales
  - C Se abordan para ablación mejor por vía retroaórtica
  - D Suelen tener eje superior izquierdo o derecho
- 40 .- Cuál de los siguientes sustratos se asocia más frecuentemente con origen epicárdico de las taquicardias ventriculares:**
- A Infarto inferior.
  - B Miocardiopatía hipertrófica.
  - C Miocardiopatía arritmogénica de ventrículo derecho.
  - D Aneurisma apical.
- 41 .- Al plantearse la ablación de la taquicardia ventricular (TV) inducible en pacientes con miocardiopatía isquémica ¿Cuál de las siguientes consideraciones es la más correcta?:**
- A En todos los casos se deben eliminar todas las TVs inducibles para considerar el procedimiento exitoso.
  - B Mapeo por entrainment (encarrilamiento) se utiliza preferentemente para TVs hemodinámicamente mal toleradas.
  - C Una de las estrategias de ablación para TVs hemodinámicamente mal toleradas es la homogenización de la cicatriz.
  - D El acceso epicárdico es frecuentemente necesario en los pacientes con infarto previo.
- 42 .- Cuál de las siguientes opciones se corresponde con las recomendaciones para el manejo de pacientes con arritmias ventriculares y sospecha de enfermedad cardíaca estructural después de una ecocardiografía normal:**
- A Continuar con el manejo habitual sin necesidad de más pruebas diagnósticas.
  - B Realizar pruebas de imagen cardíaca avanzadas para detectar y caracterizar el sustrato subyacente.
  - C Revascularizar de inmediato para prevenir la recurrencia de la taquicardia ventricular.
  - D Realizar ecocardiografía de nuevo a los seis meses para confirmar el diagnóstico.
- 43 .- Señale la respuesta correcta sobre los desfibriladores implantables actuales**
- A Aunque son de menor tamaño liberan menos energía y son menos longevos
  - B Son de descarga obligada una vez cumplidos los criterios programados de activación
  - C Siempre se deben programar al menos con tres ventanas de actuación
  - D La descarga programada en ventana única en frecuencias próximas a 180 cpm puede ser una alternativa segura y más confortable para el paciente salvo que tenga TVs lentas

**44 .- Señale la respuesta falsa respecto a los desfibriladores implantables:**

- A Sólo se recomienda si la calidad de vida es buena y la supervivencia esperada es mayor de 1 año
- B No se recomienda en pacientes con TV incesante hasta que la tormenta eléctrica cese
- C Se recomienda en prevención primaria si la disfunción ventricular izquierda es menor del 45%
- D Se recomienda activar las alertas de fractura del cable

**45 .- No se considera indicación de clase I para implante de DAI**

- A Paciente con Sarcoidosis que requieren marcapasos permanente por bloqueo de alto grado independientemente de la función ventricular
- B Paciente con TVMS en fase crónica de miocarditis mal tolerada hemodinámicamente
- C Pacientes con Sarcoidosis con TV monomórfica sostenida independientemente de la función ventricular izquierda
- D Paciente con Sarcoidosis con muerte súbita abortada

**46 .- Respecto a la trombosis intracoronaria, señala la respuesta correcta:**

- A Siempre se debe a la rotura de una placa de fibroateroma
- B Puede en ocasiones deberse a la erosión de una placa de fibroateroma
- C Siempre se asocia a vasoconstricción coronaria
- D Se produce al obstruirse la arteria por el crecimiento progresivo y obliterante de la placa de fibroateroma

**47 .- El mecanismo más frecuente que conduce al infarto letal es:**

- A La rotura de placa de fibroateroma de capsula fina
- B La rotura de placa de fibroateroma de capsula gruesa
- C La erosión de una placa de fibroateroma
- D La disección de una placa de fibroateroma

**48 .- Cuál de entre los siguientes factores NO se relaciona de forma definitiva con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular**

- A La rigidez arterial
- B La periodontitis aguda
- C La contaminación atmosférica
- D Síndrome de apnea del sueño

**49 .- El ejercicio físico reduce el riesgo cardiovascular a través de todos menos uno de los siguientes mecanismos:**

- A Aumenta el HDL-colesterol
- B Previene la hipertensión sistólica
- C Previene la hipertensión diastólica
- D Reduce el metabolismo de los hidratos de carbono

**50 .- En el SCASEST, el sustrato puede ser:**

- A Vasoconstricción
- B Hematoma intramural
- C Embolización
- D Todos los anteriores

**51 .- Las troponinas pueden elevarse en la siguiente condición:**

- A Tromboembolia venosa
- B Diálisis
- C Quimioterapia con cualquier agente farmacológico
- D Ninguna es correcta

**52 .- El tratamiento con doble antiagregación por 12 meses tras un SCASEST está en general recomendado, excepto en:**

- A Lesión aparentemente culpable que no es angiográficamente severa
- B Tratamiento de lesión culpable con stent no farmacoactivo
- C Tratamiento de lesión culpable con balón liberador de fármaco
- D Síndrome de discinesia apical transitoria

**53 .- En el SCASEST NO es un factor de "muy alto" riesgo:**

- A Un valor del índice GRACE de más de 140
- B Taquicardia ventricular
- C Inestabilidad hemodinámica
- D Dolor torácico refractario

**54 .- En los casos de síndrome coronario agudo en los que no se identifica una clara lesión culpable (estenosis moderada):**

- A El estudio con OCT puede evidenciar una placa complicada
- B El estudio con guía de presión (FFR o iFR) normal excluye que sea lesión culpable
- C El vasoespasmo es la causa más común
- D Se trata de casos de miocarditis

**55 .- En el infarto con elevación del ST la revascularización de lesiones no culpables:**

- A Puede hacerse en fase aguda o en diferida
- B No ha demostrado mejorar el pronóstico de los pacientes
- C Exige siempre el uso de guía de presión que confirme la significación
- D Necesita de una prueba no invasiva de isquemia positiva previa

- 56 .- En el paciente con infarto ST elevado que se presenta con shock cardiogénico se consideran razonables las siguientes terapias, excepto:**
- A Uso de bomba de flujo percutánea microaxial
  - B Uso de inotrópicos
  - C Uso de ECMO
  - D Revascularización en fase aguda de todas las lesiones severas
- 57 .- Cuándo está indicado el uso de anticoagulantes orales en el paciente con infarto ST elevado**
- A Antecedentes de ictus
  - B Fibrilación auricular paroxística
  - C Pacientes que han tenido trombosis aguda de stent
  - D En todos los previos
- 58 .- En el paciente con infarto ST elevado es cierto qué:**
- A La fibrinólisis es una opción si la demora a la angioplastia primaria es mayor de 60 minutos desde el diagnóstico
  - B La rehabilitación cardiaca debe hacerse transcurridos al menos 3 meses
  - C No existen diferencias de efecto pronóstico entre los diferentes inhibidores P2Y12
  - D Ninguna es cierta
- 59 .- En relación con los stents farmacoactivos (SF), cuál es falsa:**
- A Era mayor la incidencia de trombosis tardía con los SF de primera generación que con los convencionales
  - B Es menor la incidencia de trombosis tardía con los SF de nueva generación que con los de primera
  - C La incidencia de muerte cardiaca e infarto a largo plazo es mayor con los stents convencionales que con los SF de nueva generación
  - D La única ventaja de los SF respecto a los convencionales está en la menor reestenosis de lesiones tratadas muy difusas o de vaso pequeño
- 60 .- En relación al uso de imagen intravascular durante los procedimientos de revascularización percutánea de las lesiones complejas, señale la respuesta correcta:**
- A Su beneficio se limita a la reducción de la reestenosis
  - B Mejora el resultado angiográfico pero no reduce muerte o infarto en seguimiento
  - C Reduce la incidencia de muerte cardiaca e infarto
  - D Solo impacta en la incidencia de trombosis de stent
- 61 .- Tras la revascularización con stents farmacoactivos**
- A La doble antiagregación puede reducirse a 1 mes en caso de muy alto riesgo de sangrado
  - B Es una opción el uso de un único antiagregante potente antes de los 6 meses
  - C La triple terapia en pacientes con fibrilación auricular se puede suspender al alta, dejándolo con doble terapia
  - D Todas son ciertas

- 62 .- En un paciente con indicación de anticoagulación oral por fibrilación auricular que se somete a revascularización percutánea con stents, es falso qué:**
- A La triple terapia debe mantenerse siempre al menos por un mes
  - B Los anticoagulantes directos son preferibles a los anti vitamina-K
  - C Debería emplearse un stent metálico no farmacoactivo
  - D La A y la C
- 63 .- En el paciente con estenosis aórtica y bajo gradiente, NO es cierto que:**
- A Se define de bajo flujo si el volumen sistólico eyectado es menor de 35 ml/m<sup>2</sup>
  - B El uso de TAC para valorar la calcificación valvular puede aportar valor discriminativo
  - C El estudio con eco-dobutamina puede ser de valor si la fracción de eyección del ventrículo izquierdo es normal
  - D La presencia de un volumen sistólico eyectado normal sugiere que la estenosis no es severa
- 64 .- Un paciente de 65 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca acude a consulta por disnea progresiva. Se le realiza un cateterismo cardíaco que muestra los siguientes resultados: presión capilar pulmonar (PCP) de 20 mmHg, gradiente transpulmonar (GT) de 15 mmHg y gradiente diastólico (GD) de 9 mmHg. ¿Cómo podría clasificarse desde el punto de vista hemodinámico la hipertensión pulmonar de este paciente?:**
- A Hipertensión pulmonar precapilar.
  - B Hipertensión pulmonar poscapilar aislada.
  - C Hipertensión pulmonar poscapilar con componente precapilar adicional.
  - D Hipertensión pulmonar precapilar con componente venoso predominante.
- 65 .-Cuál de los siguientes factores NO sería de mal pronóstico en pacientes con hipertensión pulmonar:**
- A NT-proBNP 300 pg/ml.
  - B Presión de AD de 22 mmHg.
  - C La presencia de síncope de esfuerzo.
  - D Todos ellos deben considerarse de mal pronóstico.
- 66 .- En la insuficiencia aórtica son criterios de severidad**
- A Orificio regurgitante efectivo mayor de 20 mm<sup>2</sup>
  - B Fracción regurgitante mayor del 40%
  - C Volumen regurgitante mayor de 50 ml
  - D Ninguna es correcta
- 67 .- Es indicación de cirugía en la insuficiencia aórtica**
- A Si es severa con fracción de eyección menor del 50%
  - B Si es severa con diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo mayor de 70 mm
  - C Si es moderada pero precisa de cirugía coronaria
  - D Todas son ciertas

- 68.- **La estenosis mitral reumática clínicamente significativa (moderada o grave) se define como un área valvular mitral:**
- A Menor o igual a 1,5 cm<sup>2</sup>
  - B Menor de 0,9 cm<sup>2</sup>
  - C Menor de 0,5 cm<sup>2</sup>
  - D Menor de 2 cm<sup>2</sup>
- 69.- **Respecto al tratamiento médico de la estenosis mitral reumática es cierto que:**
- A Si hay fibrilación auricular se anticoagula indistintamente con antivitamina K o NACO
  - B La cardioversión y la ablación de venas pulmonares están indicadas siempre antes de la reparación quirúrgica para estenosis moderadas o severas sintomáticas en clase III de la NYHA
  - C La amiodarona es bastante efectiva para mantener el ritmo sinusal tras cardioversión si es una estenosis moderada y la FA es de reciente comienzo
  - D No hay tratamiento médico realmente eficaz, sólo cirugía
- 70.- **Respecto al tratamiento de la insuficiencia tricuspídea es falso que:**
- A La IT es más predominante en mujeres
  - B La dilatación anular se produce inicialmente a lo largo de la pared libre del ventrículo derecho
  - C Se asocia con frecuencia a fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca con función conservada
  - D Se considera desfavorable con vistas a reparación quirúrgica o intervencionista percutánea la ausencia de patología de los velos y una dilatación anular excesiva así como disfunción ventricular derecha
- 71.- **Un paciente con una válvula cardíaca protésica y sospecha clínica de endocarditis infecciosa (IE) se somete a una ecocardiografía transtorácica (ETT) que resulta negativa. ¿cuál es el siguiente paso adecuado?:**
- A Repetir ETT a las 24 horas para confirmar los resultados.
  - B Realizar ecocardiografía transesofágico.
  - C Realizar resonancia magnética cardíaca para mayor precisión diagnóstica.
  - D No realizar más estudios de imagen, ya que el ETT negativo descarta la IE en este paciente.
- 72.- **Cuál es la causa más frecuente de endocarditis bacteriana con hemocultivos negativos:**
- A Infección por bacterias intracelulares.
  - B Inadecuado manejo de la muestra durante la obtención de los hemocultivos.
  - C Administración previa de antibióticos antes de la toma de hemocultivos.
  - D Infección por hongos que requieren medios de cultivo específicos.
- 73.- **Un paciente de 57 años con antecedentes de válvula mitral protésica acude a urgencias por disnea progresiva, edema pulmonar y episodios de hipotensión. La ecocardiografía muestra regurgitación mitral severa y una vegetación de 12 mm adherida a la válvula protésica, sin respuesta a la terapia antibiótica adecuada. ¿Cuál debería ser el siguiente paso en el manejo de este paciente?:**
- A Continuar con tratamiento médico y realizar una ecocardiografía de control en 7 días.
  - B Programar cirugía urgente.
  - C Iniciar tratamiento anticoagulante para reducir el tamaño de la vegetación.
  - D Realizar intervención quirúrgica solo si se presentan nuevos episodios embólicos.

- 74 .- Qué factor es el que induce más riesgo para la necesidad de marcapasos definitivo tras la TAVI**
- A Bloqueo de rama izquierda previo a la TAVI
  - B Bloqueo de rama izquierdo posterior a la TAVI
  - C Bloqueo de rama derecha previo a la TAVI
  - D Uso de válvula balón expandible de mayor tamaño
- 75 .- La terapia de reparación mitral percutánea borde a borde puede tener como indicación:**
- A Insuficiencia mitral funcional severa con disfunción ventricular
  - B Insuficiencia mitral degenerativa severa con alto riesgo quirúrgico
  - C Prolapso valvular mitral que produce insuficiencia severa y con alto riesgo quirúrgico
  - D Todas son ciertas
- 76 .- Si usted tiene que escoger un NACO en un paciente con insuficiencia renal severa quizá optaría por uno que no tiene eliminación prioritaria renal como es:**
- A Edoxaban
  - B Apixaban
  - C Dabigatran
  - D Rivarioxaban
- 77 .- Parece que hay unanimidad respecto a los NACOS en todo lo siguiente salvo:**
- A Su perfil de seguridad es mejor que los antivitamina K
  - B Hay una relativamente alta tasa de ictus isquémicos al suspender el tratamiento aunque sea unos pocos días
  - C El mejor perfil de seguridad es el de apixaban
  - D El mejor NACO en caso de gastritis crónica es el dabigatran
- 78 .- En la comunicación interauricular no es indicación de cierre:**
- A Embolismo paradójico
  - B Hipertensión pulmonar muy severa
  - C Shunt I-D con Qp/Qs mayor de 1,5
  - D S de platipnea-ortodeoxia
- 79 .- Es indicación de cierre del foramen oval permeable tras un ictus criptogénico:**
- A Shunt de gran tamaño
  - B Aneurisma del septo
  - C Ictus recurrente
  - D Todas son ciertas

**80.- Respecto al ductus arterioso es falso que:**

- A Fue descrito por primera vez en el feto por Galeno
- B Conecta la aorta descendente proximal con la base de la arteria pulmonar derecha
- C La persistencia del ductus en la vida fetal se debe a la constricción del lecho pulmonar debido, entre otras causas, al mecanismo de vasoconstricción hipóxico
- D La prostaglandina E2 es la más importante para mantener el ductus abierto

**81.- Respecto a la estenosis de la válvula aórtica bicúspide, es cierto que:**

- A Siempre es quirúrgica cuando presenta estenosis severa
- B Es posible su asociación con afectación a nivel de aorta
- C La TAVI solo está indicada en el tipo 2 (con dos rafes)
- D La más frecuente es la bicúspide real (tipo 0)

**82.- La amiloidosis por transtiretina puede sospecharse por:**

- A Ventriculos hipertroficados en la ecocardiografía con electrocardiograma mostrando criterios de crecimiento ventricular izquierdo
- B Asociar síndrome del túnel carpiano bilateral
- C Insuficiencia cardíaca en paciente añoso con función ventricular normal sin hipertensión, pero ecocardiograma mostrando hipertrofia ventricular
- D B y C son ciertas

**83.-Cuál de las siguientes causas de miocardiopatía dilatada se ha asociado a un peor pronóstico:**

- A Mutaciones en el gen LMNA (lámina A/C).
- B Mutaciones en el gen MYH7 (cadena pesada de la miosina beta).
- C Mutaciones en el gen TTN (titina).
- D Mutaciones en el gen DMD (distrofina).

**84.-Cuál de las siguientes opciones puede ser causa de miocardiopatía dilatada:**

- A Infecciones por parvovirus B19.
- B Consumo de esteroides anabólicos.
- C Acromegalia.
- D Todas las anteriores.

**85.- Un hombre de 42 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y padre con enfermedad coronaria precoz, acude a consulta por disnea progresiva y fatiga. La ecocardiografía revela una dilatación del ventrículo izquierdo con disminución de la fracción de eyección. En el examen físico no se encuentran signos de enfermedad valvular. ¿Cuál sería el siguiente paso en el manejo diagnóstico de este paciente?:**

- A Realizar un cateterismo cardíaco para descartar enfermedad arterial coronaria.
- B Realizar pruebas genéticas para descartar enfermedad genética.
- C Iniciar tratamiento empírico sin necesidad de más estudios debido a la baja probabilidad de etiología coronaria.
- D Realizar una biopsia endomiocárdica para descartar una miocarditis.



- 86 .- Cuál de los siguientes pacientes con miocardiopatía dilatada sería subsidiario de la implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI):**
- A Paciente asintomático con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI de 40%) y sin antecedentes familiares de muerte súbita.
  - B Paciente con insuficiencia cardíaca, FEVI del 30%, en tratamiento médico óptimo durante 4 meses.
  - C Paciente con FEVI del 38% y mutación genética en el gen LMNA.
  - D Las respuestas B y C son correctas.
- 87 .- Un paciente de 62 años que consulta por edema en miembros inferiores y disnea leve de esfuerzo. La ecocardiografía muestra una fracción de eyección del 45%. La exploración física pone de manifiesto TA 120/60, frecuencia cardíaca de 95 lpm y elevación de la presión yugular. ¿Cuál es la intervención terapéutica más apropiada para este paciente?:**
- A Iniciar tratamiento diurético y monitorización de la función renal.
  - B Iniciar tratamiento diurético y asociar dapagliflozina.
  - C Iniciar tratamiento diurético y asociar betabloqueante.
  - D Indicar restricción estricta de líquidos sin cambios en la medicación actual.
- 88 .- Todos los siguientes fármacos usados en insuficiencia cardíaca han demostrado impacto significativo en la supervivencia salvo:**
- A Furosemida
  - B Sacubitrilo-Valsartan
  - C ISGLT2
  - D Carvedilol
- 89 .- Su usted tiene un paciente con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular persistente a 65 cpm pensará:**
- A La FA no colabora en su insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular izquierda (es demasiado lenta para intentar otra cosa que tratamiento médico)
  - B No debe anticoagularse porque tiene un CHA2VAsC de 2 y es hombre
  - C Si se le hace una electroporación de aislamiento de venas pulmonares es probable que mantenga el sinusal (80%) a 5 años
  - D Quizá un intento de pasarlo a sinusal y ver si mejora su clínica y su función VI sea una buena idea
- 90 .- El vericiguat ha demostrado ser útil en:**
- A Insuficiencia cardíaca
  - B Síncopes vasovagales
  - C Disección aórtica aguda
  - D Pericarditis aguda recidivante
- 91 .- Cuál de los siguientes beneficios está más asociado a la terapia de resincronización cardíaca (TRC) en pacientes con miocardiopatía dilatada:**
- A Reducción de los episodios de arritmias ventriculares.
  - B Aumento de la fracción de eyección ventricular izquierda.
  - C Prevención de la formación de trombos intracardiacos.
  - D Reducción de la necesidad de terapia anticoagulante.

- 92 .- En cuál de los siguientes pacientes con insuficiencia cardíaca NO estaría indicada la terapia de resincronización cardíaca:**
- A Paciente con FEVI del 33%, QRS de 152 ms con morfología LBBB, y síntomas persistentes a pesar de tratamiento médico óptimo.
  - B Paciente con FEVI del 30%, bloqueo AV completo, alta proporción de estimulación ventricular derecha, y empeoramiento clínico a pesar de tratamiento médico.
  - C Paciente con FEVI del 32%, QRS de 138 ms, morfología bloqueo de rama izquierda y síntomas refractarios a tratamiento médico.
  - D Estaría indicada en todos los anteriores supuestos.
- 93 .- Un paciente de 72 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca y fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 32% presenta empeoramiento de la clase funcional y disnea a pequeños esfuerzos, a pesar de estar en tratamiento médico óptimo. El electrocardiograma muestra un QRS de 145 ms con morfología de bloqueo de rama izquierda. Según las recomendaciones, ¿cuál sería el siguiente paso terapéutico más adecuado?:**
- A Continuar con el tratamiento médico actual y reevaluar en tres meses.
  - B Considerar la terapia de resincronización cardíaca.
  - C Incrementar dosis de diurético monitorizando función renal.
  - D Realizar una ablación del nodo auriculoventricular más terapia de resincronización cardíaca.
- 94 .- Respecto a la indicación de ECMO VA es falso que:**
- A Puede ser útil postransplante cardíaco si hay fallo primario del injerto
  - B Está indicado su implante en ablación de TV con disfunción severa
  - C Se considera de elección frente a Impella si se utilizan navegadores con detección magnética y ventrículos restrictivos
  - D Es de elección en la neumonía por COVID 19 con distress no respondedor a ventilación mecánica
- 95 .-Cuál es la medida más importante en el manejo perioperatorio inmediato tras un trasplante cardíaco para prevenir el rechazo agudo:**
- A Administrar inmunosupresores de forma temprana.
  - B Realizar una biopsia endomiocárdica en las primeras 24 horas.
  - C Administrar profilaxis antibiótica de amplio espectro.
  - D Realizar seguimiento ecocardiográfico diario.
- 96 .- Si un paciente joven es apuñalado en la región anterior del pecho y, sobreviviendo, comienza al cabo de un mes con dolor intenso al respirar profundo, la causa más probable será:**
- A Neumotórax diferido
  - B Disección coronaria diferida
  - C Disección aórtica aguda
  - D Síndrome de Dressler
- 97 .-Cuál de los siguientes signos ecocardiográficos es característico de la pericarditis constrictiva respecto a la miocardiopatía restrictiva:**
- A Presencia de engrosamiento y calcificación pericárdica.
  - B Variación respiratoria de la velocidad pico E mitral de <25%.
  - C Pico e' <8.0 cm/s en el Doppler tisular.
  - D Todas son correctas.

**98 .- Cuál de las siguientes formas de pericarditis tiene el mayor riesgo de progresión a pericarditis constrictiva:**

- A Pericarditis viral e idiopática.
- B Pericarditis mediada por el sistema inmune.
- C Pericarditis neoplásica.
- D Pericarditis bacteriana, especialmente purulenta.

**99 .- En los pacientes con Diabetes mellitus es cierto que:**

- A En pacientes con DMT2 y muy alto riesgo cardiovascular se recomienda un objetivo de c-LDL < 55 mg/dl
- B Las estatinas son de primera elección para la reducción del c-LDL si los niveles están por encima de los objetivos
- C Si no se consigue el objetivo de c-LDL se recomienda combinar estatinas con ezetimiba
- D Todas son ciertas

**100 .- Respecto a la revascularización coronaria en pacientes diabéticos es falso que:**

- A Dadas las evidencias actuales en los pacientes con diabetes y enfermedad multivaso se prefiere el bypass coronario con injerto arterial antes que ICP compleja siempre que no haya contraindicaciones especiales para ella
- B La ICP con Stents farmacoactivos de nueva generación no es aceptable en pacientes con enfermedad menos extendida mono o bivaso que no afectan a DA y aquellos con Syntax menor de 22.
- C La extensión de la enfermedad coronaria, la complejidad de la lesión y el riesgo de cirugía mayor son aspectos esenciales para el proceso de toma de decisiones
- D Se ha demostrado que el bypass coronario es superior a la ICP en pacientes con DMT1 y enfermedad coronario multivaso

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

**101 .- No se consideran contraindicaciones absolutas para la Ergometría de Stress:**

- A Angina inestable no previamente estabilizada con tratamiento médico
- B Hipertensión pulmonar severa
- C Disección aórtica aguda
- D Estenosis aórtica moderada

**102 .- Solo una respuesta es falsa respecto al tratamiento post-transplante cardiaco**

- A Vasodilatadores inhalados pulmonares como el óxido nítrico o análogos de prostaciclina deben ser considerados en el manejo de la disfunción ventricular derecha e hipertensión pulmonar
- B El azul de metileno puede considerarse como último recurso en la hipertensión arterial sistémica severa post-Transplante cardiaco
- C Agentes inotrópicos como isoproterenol, milrinona, dobutamina o epinefrina pueden ser usados para mejorar la función del ventrículo derecho
- D El soporte mecánico circulatorio debería iniciarse precozmente en caso de shock cardiogénico rebelde a dosis altas de inotrópicos endovenosos

**103 .- En relación a los factores de riesgo cardiovascular, señale la respuesta correcta:**

- A La proteína C reactiva solo puede aportar información sobre el riesgo cardiovascular en los pacientes con niveles altos de LDL
- B La lipoproteína (a) es un marcador de riesgo que solo tiene valor en pacientes con muy bajo HDL-colesterol
- C La determinación de apolipoproteínas no aporta nada en el perfil de riesgo
- D La medición del grosor de la íntima-media a nivel carotideo es razonable en adultos asintomáticos con riesgo intermedio

**104 .- En los pacientes con SCASEST, se recomienda:**

- A Pre-tratamiento con heparina no fraccionada desde el momento del diagnóstico
- B Pretratamiento con doble antiagregación desde el momento del diagnóstico independientemente de cuando se vaya a cateterizar
- C Cateterismo en primeras 72 horas en casos de “muy alto” riesgo
- D Ninguno de los anteriores

**105 .- Qué es cierto respecto a la disección coronaria espontánea**

- A El perfil más común es una mujer en periodo postparto
- B La angioplastia es precisa en fase aguda en una baja proporción de pacientes
- C El tratamiento antiagregante doble no está indicado salvo que se implante un stent
- D Es preciso siempre el uso de imagen intravascular para confirmar el diagnóstico

**106 .- Qué NO es cierto respecto a la angioplastia primaria del infarto con elevación del ST**

- A Es preferible por vía radial
- B Es preferible usar stents farmacoactivos
- C La aspiración de trombo se aplica de forma selectiva
- D Nunca deber hacerse revascularización completa en fase aguda

**107 .- Con respecto a la revascularización de las lesiones significativas del tronco común, es cierto qué:**

- A Siempre es mejor realizarlas de forma quirúrgica
- B La revascularización percutánea es una opción si no existe enfermedad multivaso compleja asociada
- C Solo se recomienda que sea percutánea en los casos de alto riesgo quirúrgico independientemente de la extensión de enfermedad
- D En la revascularización percutánea, el uso de dos stents es siempre mejor que uno solo en términos de resultados clínicos

**108 .- Es falso sobre los nuevos anticoagulantes:**

- A Son más caros que los antivitamina K
- B Todos son básicamente igual de efectivos respecto a los antivitamina K en la prevención de ictus isquémico, pero no todos son iguales respecto a la tasa de sangrados
- C Tienen la ventaja frente a los antivitamina K de que los sangrados cerebrales son sensiblemente menores
- D Todos tienen los mismos ajustes de dosis para edad, peso y función renal

**109 .- Cuál de los siguientes pacientes con miocardiopatía dilatada sería subsidiario de la implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI):**

- A Paciente en grado funcional I, con fracción de eyección ventricular izquierda de 40% y sin antecedentes familiares de muerte súbita.
- B Paciente con insuficiencia cardíaca, FEVI del 30%, en tratamiento médico óptimo durante 4 meses.
- C Paciente con FEVI del 38% y mutación en el gen LMNA.
- D Las respuestas B y C son correctas.

**110 .- Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el rechazo hiperagudo de un injerto cardiaco, es correcta:**

- A Ocurre semanas después de la reperusión sanguínea del injerto.
- B Se debe a la presencia de anticuerpos preformados del receptor contra moléculas HLA clase I o antígenos ABO.
- C Se caracteriza por la ausencia de activación del complemento y de infiltrado inflamatorio.
- D El rechazo hiperagudo tiene un pronóstico favorable, con recuperación del injerto en la gran mayoría de los casos.