OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. KIRURGIA KARDIOBASKULARRAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

***1. ariketa** / 1er. ejercicio*
A** Eredua / Modelo **A

1 SIGUIENDO LA CLASIFICACIÓN DE LEIDEN, EL PATRÓN CORONARIO MÁS FRECUENTE EN LA D-TRASPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS ES:

1a) 1- Descendente anterior; 2- Derecha, Circunfleja.
1b) 2- Descendente anterior, Derecha, Circunfleja.
1c) 1- Descendente anterior, Circunfleja; 2- Derecha.
1d) 1- Derecha; 2- Descendente anterior, Circunfleja.

2 SEÑALE LA AFIRMACIÓN CIERTA EN LA D-TRASPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS.

2a) Es una cardiopatía congénita cianótica con flujo pulmonar aumentado.
2b) Es una cardiopatía congénita no cianótica con flujo pulmonar aumentado.
2c) Es una cardiopatía congénita cianótica con flujo pulmonar disminuido.
2d) Es una cardiopatía congénita no cianótica con flujo pulmonar disminuido.

3 ¿CÚAL ES EL TIPO MÁS FRECUENTE DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL?

3a) Supracardíaco.
3b) Cardíaco.
3c) Infracardiaco no obstructivo.
3d) Infracardíaco obstructivo.

4 SEÑALE LA AFIRMACIÓN CIERTA EN EL DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL:

4a) En los de tipo cardíaco a seno coronario hay que dirigir el flujo de las venas pulmonares a la aurícula izquierda y el del seno coronario a la aurícula derecha.
4b) No se recomienda operar a estos pacientes en hipotermia profunda con parada circulatoria, porque se producen alteraciones en el neurodesarrollo posterior.
4c) La prematuridda, el bajo peso y la localización del drenaje anómalo no influyen en los resultados postquirúrgicos.
4d) La principal causa de reintervención es la obstrucción del retorno venoso pulmonar, que aparece en los primeros 6-12 meses posquirúrgicos.

5 REFERENTE A LA TÉCNICA DE WARDEN, SEÑALE LA AFIRMACIÓN CIERTA:

5a) Es una técnica que se usa para la reparación completa del canal aurículoventricular completo.
5b) Requiere ligar y seccionar la vena ácigos para lograr una anastomosis sin tensión.
5c) Actualmente está en desuso porque provoca múltiples arritmias auriculares en el seguimiento.
5d) Ninguna de las anteriores es correcta.

6 SEÑALE LA AFIRMACIÓN CIERTA RESPECTO AL CANAL AURICULOVENTRICULAR (CAV).

6a) El 40% de los CAV asocian síndrome de Down.
6b) La anomalía cardíaca que con más frecuencia se asocia al CAV es la obstrucción en el tracto de salida del ventrículo izquierdo.
6c) Los CAV con síndrome de Down, raramente asocian también obstrucción en el tracto de salida del ventrículo izquierdo
6d) El 80% de los pacientes con síndrome de Down asocian CAV.

7 ¿CUÁL ES EL TIPO MÁS FRECUENTE DE CANAL AURICULOVENTRICULAR COMPLETO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RASTELLI?

7a) Tipo A
7b) Tipo B
7c) Tipo C
7d) Tipo D

8 ANTE UN LACTANTE DE 6 MESES CON CLÍNICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA Y FALLO DE MEDRO, DIAGNOSTICADO DE OSTIUM PRIMUM ¿QUE ACTITUD LE PARECE MÁS CORRECTA?

8a) Hacer un cateterismo para estudio de presiones pulmonares porque probablemente esté ya en situación de Eissenmenger y sea inoperable.
8b) Indicar estudio genético ya que existe mayor porcentaje de hipertensión pulmonar severa irreversible en pacientes Down respecto a los no Down.
8c) Indicar cirugía de reparación completa con técnica Australiana sin cerrar el cleft para no producir estenosis mitral.
8d) Revisar con ecografía la existencia de hipoplasia de cavidades izquierdas como coartación, o estenosis del tracto de salida del VI antes de planificar la cirugía.

9 NEONATO DE 5 DÍAS DE VIDA, DIAGNOSTICADO DE VENTRÍCULO ÚNICO IZQUIERDO, ATRESIA TRICÚSPIDE, COMUNICACIÓN INTERAURICULAR E INTERVENTRICULAR NO RESTRICTIVAS, CON VASOS NORMORRELACIONADOS, PRESENTA CLÍNICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA. ¿CUÁL ES LA ACTITUD QUIRÚRGICA QUE LE PARECE MÁS ADECUADA?

9a) Procedimiento de Norwood con Sano entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar.
9b) Cerclaje de la arteria pulmonar.
9c) Fístula sistémico-pulmonar de Blalock-Taussig.
9d) Stent ductal y cierre quirúrgico de la arteria pulmonar.

10 NEONATO DE 3 DÍAS DE VIDA, CON VENTRÍCULO ÚNICO IZQUIERDO, ATRESIA TRICÚSPIDE, COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR, CON VASOS NORMORRELACIONADOS, Y FLUJO PULMONAR DEPENDIENTE DE PROSTAGLANDINAS INTRAVENOSAS. ¿QUÉ DATOS LE PARECEN IMPORTANTES CONFIRMAR EN EL ECOCARDIOGRAMA PREOPERATORIO?

10a) Ver si la comunicación interauricular es restrictiva o no.
10b) Ver si la comunicación interventricular es restrictiva o no.
10c) Valorar si existe estenosis o atresia pulmonar asociada
10d) Todas las anteriores son correctas.

11 TRAS REALIZAR UNA FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR TIPO BLALOCK TAUSSIG MODIFICADA, LA RESPUESTA HEMODINÁMICA QUE NOS CONFIRMA SU ADECUADO FUNCIONAMIENTO ES:

11a) Aumento de presión arterial sistólica y aumento de saturación arterial de oxígeno.
11b) Descenso de presión arterial diastólica y aumento de saturación arterial de oxígeno.
11c) Aumento de presión arterial diastólica y descenso de saturación arterial de oxígeno.
11d) Descenso de presión arterial sistólica y descenso de saturación arterial de oxígeno.

12 ¿CUAL DE ESTAS OPCIONES DEFINE MEJOR AL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE?

12a) Es una comunicación entre la aorta ascendente y la arteria pulmonar, que origina un shunt izquierda-derecha.
12b) Es una estructura vascular rodeada por el nervio recurrente laríngeo derecho.
12c) Es una comunicación entre la aorta ascendente y la arteria pulmonar que origina un shunt izquierda-derecha, y que se asocia con una única válvula semilunar.
12d) Es una comunicación entre el itsmo aórtico y la arteria pulmonar, que origina un shunt izquierda-derecha.

13 ¿QUE ABORDAJE ES EL MÁS ADECUADO PARA EL CIERRE DUCTAL EN LOS PREMATUROS DE MENOS DE 1 KG DE PESO?

13a) Tratamiento con prostaglandina intravenosa.
13b) Colocación percutánea de stent recubierto.
13c) Colocación de clip hemostático mediante toracotomía lateral.
13d) Doble ligadura y sección del mismo mediante toracotomía lateral.

14 ¿CUÁL DE ESTAS PATOLOGÍAS LE PARECE MÁS ADECUADO ABORDAR POR TORACOTOMÍA LATERAL IZQUIERDA EN PERÍODO NEONATAL?

14a) Interrupción de arco aórtico tipo A con foramen oval asociado.
14b) Interrupción de arco aórtico tipo B con comunicación interventricular perimembranosa asociada.
14c) Coartación de aorta con hipoplasia de arco aórtico proximal y medio asociadas, y foramen oval intracardíaco.
14d) Coartación de aorta con D-transposición de grandes vasos y septo intacto.

15 LACTANTE DE 2 MESES CON CLÍNICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA Y DISMINUCIÓN DE PULSOS FEMORALES. EL ECOCARDIOGRAMA MUESTRA CIV PERIMEMBRANOSA GRANDE, ARCO AÓRTICO HIPOPLÁSICO CON COARTACIÓN SEVERA A NIVEL DEL ITSMO AÓRTICO. TRAS LA CIRUGÍA REPARADORA, ¿CUÁL DE ESTAS COMPLICACIONES ES LA MÁS FRECUENTE?

15a) Lesión del nervio frénico izquierdo.
15b) Lesión medular con paraparesia de miembros inferiores.
15c) Síndrome de Horner por lesión del plexo braquial izquierdo.
15d) Lesión del nervio recurrente laríngeo izquierdo.

16 SEÑALE CUÁL DE ESTAS ANOMALÍAS SE ASOCIA CON MÁS FRECUENCIA A LA COARTACIÓN DE AORTA:

16a) Comunicación interventricular.
16b) Válvula aórtica bicúspide.
16c) Corazón de Taussig Bing.
16d) Síndrome del ventrículo izquierdo hipoplásico con atresia aórtica.

17 INDIQUE CUAL DE ESTAS ANOMALÍAS GENÉTICAS SE ASOCIA CON MÁS FRECUENCIA A LA TETRALOGÍA DE FALLOT.

17a) Trisomía 21
17b) Síndrome de Turner
17c) Microdelección del cromosoma 22
17d) Trisomía 18

18 SEÑALE LA AFIRMACIÓN VERDADERA RESPECTO A LAS CRISIS DE CIANOSIS EN LOS PACIENTES CON TETRALOGÍA DE FALLOT.

18a) Se producen frecuentemente en las primeras semanas de vida tras el cierre ductal.
18b) Son consecuencia de un espasmo a nivel del infundíbulo del ventrículo derecho, que produce una obstrucción dinámica en su salida hacia la arteria pulmonar.
18c) En la auscultación se objetiva un aumento del soplo coincidiendo con la crisis.
18d) Son patognomónicas del Fallot con agenesia de la válvula pulmonar.

19 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO A LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO (MORTALIDAD TARDÍA) DE LA CIRUGÍA EN PACIENTES CON FALLOT.

19a) Son similares tanto si se conserva el anillo pulmonar como si se interpone un parche transanular.
19b) Son similares tanto si la cirugía reparadora se hace en uno como en dos tiempos.
19c) Son mejores si la conexión entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar se hace con válvula monocúspide respecto al parche transanular.
19d) Son similares en los pacientes que asocian anomalía coronaria con descendente anterior cruzando el tracto de salida ventricular derecho, respecto a los que tienen coronarias normales.

20 LA COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR MÁS FRECUENTE SE LOCALIZA A NIVEL DEL:

20a) Septo de entrada.
20b) Septo medio-muscular.
20c) Septo muscular apical.
20d) Septo membranoso.

21 EL MEJOR ABORDAJE PARA LOCALIZAR Y CERRAR UNA COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR PERIMEMBRANOSA ES:

21a) Atriotomía derecha, bajo la comisura que une los velos tricuspídeos septal y posterior.
21b) Atriotomía derecha, bajo la comisura que une los velos tricuspídeos septal y anterior.
21c) Atriotomía derecha, bajo la comisura que une los velos tricuspídeos anterior y posterior.
21d) Arteriotomía pulmonar transversa, a través de la válvula pulmonar.

22 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA REFERENTE AL CIERRE PERCUTÁNEO DE UNA COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR (CIV).

22a) Actualmente es de elección frente a la cirugía convencional porque evita los riesgos asociados al uso de la circulación extracorpórea.
22b) Nunca lo elegiremos para cerrar una CIV apical, por el riesgo elevado de perforación cardíaca con el dispositivo.
22c) Nunca lo elegiremos para cerrar una CIV perimembranosa por el riesgo elevado de bloqueo aurículo ventricular completo.
22d) Cuando se asocie la CIV con coartación, el abordaje preferido será reparación quirúrgica de la coartación por toracotomía izquierda, y posteriormente cierre percutáneo de la CIV pasadas 2 semanas.

23 EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO PARA EL CIERRE DE UNA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR (CIA) ES DE ELECCIÓN EN.

23a) Una CIA ostium secundum.
23b) Una CIA ostium primum.
23c) Una CIA seno venoso.
23d) Todas las anteriores son correctas.

24 ¿CUÁL DE ESTOS SÍNTOMAS NO ES FRECUENTE ENCONTRAR EN LACTANTES Y NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR?

24a) Cansancio y disnea.
24b) Infecciones de vías altas frecuentes.
24c) Desaturación sistémica que a largo plazo se asocia a acropaquias.
24d) Enlentecimiento o estancamiento de la curva ponderal.

25 PACIENTE DE 15 AÑOS QUE LE PRESENTAN PARA CIRUGÍA CON DIAGNÓSTICO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO SENO VENOSO CON SHUNT IZQUIERDA-DERECHA, QUE TIENE UN QP/QS CALCULADO DE 2,3 EN ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO. SE OBSERVAN 3 VENAS PULMONARES LLEGANDO A LA AURÍCULA IZQUIERDA. ¿QUÉ OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA SOLICITARÍA ANTES DE ORGANIZAR LA CIRUGÍA?

25a) Tomografía computarizada.
25b) Gammagrafía de ventilación-perfusión.
25c) Ecocardiograma transesofágico.
25d) Resonancia magnética.

26 LA LESIÓN VALVULAR PULMONAR MÁS FRECUENTE EN UN LACTANTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT ES:

26a) Insuficiencia pulmonar.
26b) Atresia pulmonar.
26c) Estenosis pulmonar.
26d) Agenesia pulmonar.

27 ¿EN CUÁL DE ESTOS CASOS EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SERÁ PREFERIBLE PARA TRATAR UNA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO OSTIUM SECUNDUM?

27a) Defecto de bordes adecuados para anclar un dispositivo percutáneo.
27b) Existencia de otras malformaciones cardíacas que se deben de tratar conjuntamente.
27c) Ausencia de accesos vasculares permeables en el paciente.
27d) Todas las anteriores son correctas.

28 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES FACTORES NO SE TIENE EN CONSIDERACION PARA EL CÁLCULO DEL FLUJO DURANTE LA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA?

28a) Área de superficie corporal.
28b) Temperatura a la que se realiza la perfusión del paciente.
28c) Saturación venosa de oxígeno.
28d) Sexo femenino.

29 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES VARIABLES NO INFLUYE EN EL CÁLCULO DEL HEMATOCRITO DURANTE LA CIRCULACION EXTRACORPÓREA?

29a) Peso del paciente.
29b) Talla del paciente.
29c) Hematocrito preoperatorio.
29d) Volumen de cebado de la bomba de extracorpórea.

30 DURANTE LA PROTECCION MIOCÁRDICA MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE CARDIOPLEGIA POR VIA RETROGRADA (SENO CORONARIO) ¿QUÉ ZONAS PUEDEN ESTAR PEOR PROTEGIDAS?

30a) Cara anterior del ventrículo izquierdo.
30b) Cara lateral del ventrículo izquierdo.
30c) Región apical.
30d) Ventrículo derecho.

31 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES VARIABLES NO SE UTILIZA EN EL CÁLCULO DE LAS RESISTENCIAS VASCULARES SISTEMICAS?

31a) Presión arterial media.
31b) Gasto cardiaco.
31c) Presión venosa central.
31d) Presión media de arteria pulmonar.

32 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES VARIABLES NO UTILIZARIA PARA EL CÁLCULO DE LA SATURACIÓN VENOSA MIXTA DE OXÍGENO?

32a) Saturación arterial.
32b) Hematocrito.
32c) Gasto cardiaco.
32d) Consumo de oxígeno.

33 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES AGENTES PRESCRIBIRIA A UN PACIENTE CON PRESION CAPILAR PULMONAR ALTA, PRESION ARTERIAL ALTA, RESISTENCIAS VASCULARES SISTEMICAS ALTAS Y GASTO CARDIACO BAJO?

33a) Diuréticos.
33b) Fármacos inotrópicos.
33c) Vasodilatadores.
33d) Infusión de volumen.

34 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES ESTRUCTURAS NO DELIMITA EL TRIANGULO DE KOCH?

34a) Tendón de Todaro.
34b) Seno coronario.
34c) Anillo tricúspide.
34d) Válvula de Tebesio.

35 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES VARIABLES NO SE UTILIZA PARA EL CALCULO DEL AREA VALVULAR MITRAL DURANTE LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS HEMODINÁMICOS?

35a) Gasto cardiaco.
35b) Presión de enclavamiento capilar pulmonar.
35c) Presión diastólica media del ventrículo izquierdo.
35d) Volumen tele sistólico del ventrículo izquierdo.

36 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES INCORRECTA?

36a) La monitorización de la presión durante la administración de cardioplegia retrógrada es fundamental, no debiendo exceder esta de los 40 mmHg.
36b) Los sistemas de mini plegia permiten reducir la incidencia de hemodilución.
36c) Los sistemas de drenaje venosos activos son muy útiles para mejorar el drenaje venoso a la vez que disminuyen la incidencia de micro embolismo aéreo.
36d) Durante la circulación extracorpórea la anticoagulación, en la mayoría de los casos con heparina, es fundamental para minimizar la formación de trombina dentro de los circuitos de extracorpórea.

37 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES EN RELACION CON LA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA ES FALSA?

37a) La presión media de perfusión debe estar en el rango de los 50-70 mmHg y se modificará por algunas variables como la presencia de determinadas co morbilidades (insuficiencia renal o arteriopatía periférica entre otras)
37b) El flujo se calcula en base a la superficie corporal, temperatura de perfusión y se modifica en base a la saturación venosa mixta de oxígeno y la hemoglobina del paciente.
37c) El flujo optimo debe monitorizarse mediante la evaluación de parámetros de perfusión periféricos como niveles de lactato o monitorización de los niveles de CO2
37d) La perfusión en hipotermia ligera-moderada puede afectar la perfusión renal por autorregulación renal

38 EN RELACION CON LA CARDIOPLEGIA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES INCORRECTA?

38a) Previo a desclampar la aorta la administración de una solución de cardioplegia modificada (reperfusión) se ha asociado a una mejora en la función miocárdica.
38b) La cardioplegia de reperfusión contiene cantidades de potasio más altas en relación con la de inducción o mantenimiento, entorno a los 8-10 mEq/L.
38c) La protección miocárdica óptima se obtiene mediante la administración de cardioplegia por vía anterograda y retrograda de forma combinada.
38d) Si el tiempo de clampaje es corto no existen grandes diferencias entre los distintos tipos de cardioplegia utilizados sobre la función miocárdica.

39 RESPECTO A LA PATOLOGIA VALVULAR TRICÚSPIDE, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

39a) La insuficiencia tricúspide generalmente es de origen secundario.
39b) La prueba de imagen ideal para la valoración de la insuficiencia tricúspide es la ecocardiografía.
39c) En laboratorios con experiencia las medidas de volúmenes calculados por eco 3D pueden ser superponibles a los obtenidos mediante resonancia magnética.
39d) El ecocardiograma es la prueba de imagen más precisa para el cálculo del tamaño y función ventricular derecha.

40 RESPECTO A LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

40a) Hasta un 90% de los pacientes presentan fiebre y un 85% algún tipo de soplo.
40b) Las complicaciones embólicas están presentes en el momento del diagnóstico hasta en el 25% de los pacientes.
40c) La ecocardiografía es útil para el diagnóstico, seguimiento durante el tratamiento y para realizar estimaciones pronósticas.
40d) Distintos estudios con resonancia cerebral han demostrado la presencia de lesiones neurológicas durante la fase aguda de la endocarditis hasta en el 30-40% de los pacientes

41 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA CONTRAINDICACION PARA LA REALIZACION DE VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA EN LOS PACIENTES CON ESTENOSIS MITRAL SEVERA?

41a) Presencia de trombo en la aurícula izquierda.
41b) Cardiopatía isquémica que precise tratamiento de revascularización quirúrgico.
41c) Fusión de las dos comisuras.
41d) Insuficiencia mitral moderada.

42 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS ESTA A FAVOR DE LA SUSTITUCION VALVULAR AÓRTICA POR VIA PERCUTANEA?

42a) Distancia entre los ostium coronarios y el plano valvular pequeña.
42b) Paciente con miocardiopatía dilatada y presencia de trombo en VI
42c) Tamaño del anillo aórtico calculado por TAC de 23 mm.
42d) Insuficiencia valvular tricúspide severa.

43 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA INDICACIÓN PARA LA CIRUGÍA EN LA INSUFICIENCIA AÓRTICA GRAVE CON UN NIVEL DE EVIDENCIA IB O IC?

43a) La cirugía está indicada para pacientes sintomáticos.
43b) La cirugía está indicada para pacientes asintomáticos con FEVI en reposo ≤ 50%.
43c) La cirugía está indicada para pacientes que van a someterse a CABG o cirugía de la aorta ascendente o de otra válvula.
43d) Debe considerarse la cirugía para pacientes asintomáticos con FEVI en reposo > 50% y dilatación del VI grave: DTDVI > 70 mm o DTSVI > 50 mm.

44 EN LA ESTENOSIS AORTICA SINTOMATICA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO TIENE UNA INDICACION CON NIVEL DE EVIDENCIA CLASE I NIVEL B?

44a) Para los pacientes con riesgo quirúrgico elevado u otros factores de riesgo que no se incluyan en escalas como EuroSCORE o STS, como la fragilidad, la aorta en porcelana y las secuelas de la radiación torácica, la decisión entre cirugía convencional e implantación de prótesis percutánea (TAVI) debe tomarse en equipo teniendo en cuenta las características individuales del paciente.
44b) Los intervencionismos sobre la válvula aórtica solo deben realizarse en centros con servicios de cardiología y cirugía cardiaca en el propio centro y que cuenten con una colaboración estructurada entre ambos departamentos que incluya un equipo cardiológico.
44c) Se recomienda el TAVI para pacientes que no son candidatos a cirugía según la valoración del equipo cardiológico.
44d) Se recomienda la sustitución valvular quirúrgica para pacientes con riesgo quirúrgico bajo y sin otros factores de riesgo que no se incluyan en las escalas EuroSCORE o STS, como la fragilidad, la aorta de porcelana y las secuelas de la radiación torácica.

45 ELECCIÓN DE PRÓTESIS AÓRTICA O MITRAL FAVORECIENDO EL USO DE BIOPRÓTESIS. LA DECISIÓN SE BASA EN LA INTEGRACIÓN DE VARIOS DE LOS SIGUIENTES FACTORES, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA INDICACION CLASE I NIVEL DE EVIDENCIA C?

45a) Se recomienda una bioprótesis en casos de reoperación por trombosis de prótesis valvular mecánica a pesar de un buen control de la anticoagulación a largo plazo.
45b) Se recomienda una bioprótesis cuando una anticoagulación de buena calidad sea improbable (por problemas de adherencia, falta de disponibilidad) o esté contraindicada debido a un riesgo alto (hemorragia mayor previa, co morbilidades, problemas de adherencia, estilo de vida)
45c) Debe considerarse el implante de una bioprótesis para mujeres jóvenes que prevean gestar.
45d) Se recomienda una bioprótesis de acuerdo con el deseo del paciente bien informado.

46 PAPEL DE LA ECOCARDIOGRAFIA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA INDICACION CLASE I NIVEL DE EVIDENCIA B O C?

46a) El ecocardiograma transtorácico es recomendado como prueba de imagen de primera línea ante la sospecha de endocarditis infecciosa.
46b) Se debe considerar la realización de ecocardiograma en los pacientes con bacteriemia por S aureus.
46c) Se recomienda la utilización de ecocardiografia intraoperatoria en todos los pacientes con endocarditis infecciosa que requieran cirugía.
46d) Se recomienda la realización de ecocardiograma transtorácico cuando se termine el tratamiento antibiótico para evaluar la función cardiaca y la morfología valvular.

47 LA PUNTUACIÓN SYNTAX II ES UNA COMBINACIÓN DE FACTORES ANATÓMICOS Y CLÍNICOS, ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES NO FORMA PARTE DEL MISMO?

47a) Arteriopatía periférica.
47b) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
47c) Aclaramiento de creatina.
47d) Diabetes mellitus.

48 EN RELACION CON LAS COMPLICACIONES MECANICAS DEL INFARTO DE MIOCARDIO, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

48a) Datos del SHOCK trial registry muestran que en pacientes con y sin ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo que se someten a cirugía, no se observaron diferencias en la mortalidad con tasas similares entre ambos grupos.
48b) La ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo representa aproximadamente el 15% de la mortalidad hospitalaria por infarto de miocardio.
48c) La insuficiencia mitral aguda debido a la ruptura de un músculo papilar debe tratarse mediante cirugía urgente/emergente y revascularización coronaria.
48d) El cierre percutáneo de la comunicación interventricular post infarto, en centros con experiencia, debe ser considerado una alternativa al tratamiento quirúrgico.

49 EN PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA QUE SE VAN A SOMETER A LA IMPLANTACION DE UNA PROTESIS AORTICA PERCUTANEA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

49a) El intervencionismo coronario previo no parece incrementar la tasa de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular en comparación con los que no se realiza.
49b) La presencia de cardiopatía isquémica crónica no parece afectar al pronóstico de estos pacientes, sin embargo estudios recientes correlacionan puntuaciones syntax mayor a 22 con un incremento de eventos adversos cardiovasculares.
49c) La elección de las lesiones a tratar previamente se basa en las características angiográficas, la clínica del paciente y fundamentalmente las pruebas de detección de isquemia.
49d) No hay suficiente evidencia como para poder afirmar cuándo debe realizarse el intervencionismo coronario y en qué perfil de pacientes.

50 RESPECTO A LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN LA CARDIOPATIA ISQUEMICA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES INCORRECTA?

50a) Mediante cardio tomografía computerizada se ha demostrado que la morfología de la placa puede ayudar a predecir un síndrome coronario agudo.
50b) La “reconstrucción iterativa” es un nuevo método de procesar las imágenes que permite reducir la dosis de radiación.
50c) En los segmentos con grosor de pared ≤ 5,5 mm un realce tardío transmural permite predecir qué segmentos recuperarán su grosor y función contráctil tras la revascularización coronaria.
50d) En el infarto agudo de miocardio revascularizado percutáneamente, la cardiorresonancia magnética permite predecir qué pacientes sufrirán un evento arrítmico maligno durante el seguimiento.

51 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA EN RELACION CON LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS?

51a) El tratamiento quirúrgico es necesario hasta en la mitad de los pacientes debido a la presencia de complicaciones.
51b) La cirugía temprana en la fase aguda de la endocarditis puede tener como objetivo reducir la tasa de embolias.
51c) Las tres principales indicaciones para la cirugía temprana en la endocarditis son insuficiencia cardiaca, infección no controlada y la prevención de eventos embólicos.
51d) La presencia de infección no controlada es el factor predictivo de mortalidad más importante hospitalario, a los 6 meses y al año.

52 EN LA HISTORIA NATURAL DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ASCENDENTE, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

52a) La evolución natural de un aneurisma es hacia el aumento progresivo de su diámetro hasta que se produce la rotura del mismo o la disección aórtica.
52b) El riesgo de rotura de los aneurismas de aorta torácica guarda una relación directa con su diámetro transversal máximo y con la presencia de clínica relacionada.
52c) La rotura espontánea sin síntomas previos es más frecuente en los aneurismas torácicos en comparación con los aneurismas de aorta abdominal.
52d) La tasa media de crecimiento anual es de 0,1-0,2 cm, siendo mayor en pacientes con síndrome de Marfan o con disección aórtica previa.

53 EN RELACION CON LA CLASIFICACION DE LOS ENDO LEAKS RELACIONADOS CON LA REPARACION ENDOVASCULAR DE LA AORTA…

53a) Tipo 1, es aquella fuga que se produce por encima, por debajo o entre los componentes de las prótesis en el solapamiento.
53b) Tipo 2, es aquel que se produce por una progresión en la dilatación del saco aneurismático.
53c) Tipo 3, es aquel que se produce por un defecto mecánico de la prótesis.
53d) Tipo 4, es aquel que se produce por fugas a través de la prótesis como consecuencia de la porosidad de esta.

54 RESPECTO A LOS ANEURISMAS DE LA AORTA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

54a) Los aneurismas son la segunda afectación más frecuente de la aorta después de la arteriosclerosis.
54b) La presencia de un aneurisma aórtico puede conllevar asociado la presencia de aneurismas en otras localizaciones.
54c) Los pacientes con aneurisma aórtico tienen un mayor riesgo de padecer eventos cardiovasculares, en su mayoría sin relación con el aneurisma.
54d) En base a los resultados del estudio MASS (Multicentre Aneurysm Screening Study), se recomienda el escrining mediante ecografía abdominal en los varones mayores de 60 años.

55 EN RELACION CON LA DISECCION DE AORTA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

55a) La incidencia es mayor en hombres que en mujeres.
55b) La incidencia aumenta con la edad.
55c) El factor de riesgo más frecuentemente asociado es la hipertensión arterial.
55d) El registro IRAD reporta una edad media de presentación de 53 años.

56 RESPECTO AL TRATAMIENTO Y PRESENTACION DE LA DISECCION DE AORTA TIPO A…

56a) El síndrome de mala perfusión está presente hasta en un 30% de los pacientes.
56b) Las técnicas de fenestración son capaces de resolver el problema de mala perfusión hasta en el 95% de los casos.
56c) Si la disección afecta al menos un seno de valsalva es preferible realizar la sustitución de la raíz aórtica antes que poner solo un tubo protésico supra coronario debido a que se asocia con un incremento en la posibilidad de dilatación e insuficiencia aórtica.
56d) La cirugía es el tratamiento de elección.

57 RESPECTO AL HEMATOMA INTRAMURAL AORTICO…

57a) Forma parte del grupo de patologías englobadas dentro del síndrome aórtico agudo.
57b) Se caracteriza por presentar flujo detectable mediante ecografía a través de la lesión.
57c) Representa el 10-25% de los casos de síndrome aórtico agudo.
57d) En la mayor parte de los casos afecta la aorta torácica descendente.

58 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES INCORRECTA?

58a) Los resultados recientemente presentados del estudio PROACT han demostrado que la utilización de los nuevos anticoagulantes es válido en el contexto de la fibrilación auricular de origen valvular.
58b) El tratamiento quirúrgico de la fibrilación auricular concomitante en los pacientes que se intervienen por valvulopatía mitral es efectivo en reducir la incidencia de esta.
58c) El uso de los nuevos anticoagulantes puede estar indicado en pacientes con sustitución valvular aórtica por bioprótesis y presencia de fibrilación auricular.
58d) En los pacientes en los que se realiza tratamiento quirúrgico de la fibrilación auricular se debe considerar la exclusión de la orejuela izquierda aunque no hay evidencia de una disminución de los eventos embólicos.

59 EN EL CONTEXTO DE LA PATOLOGIA AORTICA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES UNA INDICACION CLASE 1 NIVEL DE EVIDENCIA B O C?

59a) Se debe considerar la perfusión cerebral selectiva en la cirugía del arco aórtico para reducir el riesgo de infarto cerebral.
59b) Para la reparación de la disección de aorta tipo A la técnica de anastomosis distal abierta evitando el clampaje aórtico está recomendada.
59c) En los pacientes con conectivopatías en los que se realiza cirugía de la aorta está indicado la sustitución de los senos de valsalva.
59d) En la cirugía de aorta toraco abdominal se recomienda la realización de drenaje cefalorraquídeo.

60 EN RELACIÓN CON LA VENTRICULECTOMÍA IZQUIERDA PARCIAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA Y FALLO CARDÍACO AVANZADO, SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA:

60a) La mortalidad hospitalaria tras la ventriculectomía izquierda parcial es significativamente menor que tras el trasplante cardíaco.
60b) El fundamento de la ventriculectomía izquierda parcial se apoya en la ley de Laplace.
60c) La supervivencia a tres años tras la realización de la ventriculectomía izquierda parcial es superior a 90%.
60d) Los mejores resultados se obtienen en pacientes con miocardiopatía dilatada idiopática.

61 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES *NO* REPRESENTA UN TRATAMIENTO INDICADO EN LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA CON FALLO CARDIACO AVANZADO?

61a) Trasplante cardíaco.
61b) Cardiomioplastia dinámica.
61c) Dispositivos de compresión aórtica directa.
61d) Dispositivos de oclusión percutánea del seno coronario.

62 EN RELACIÓN CON LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EMPLEADOS PARA TRATAR PACIENTES CON FALLO CARDÍACO EN ESTADIO TERMINAL, IDENTIFIQUE LA OPCIÓN INCORRECTA:

62a) La cirugía de *bypass* coronario puede indicarse en pacientes con miocardiopatía isquémica que presentan angina o se documenta la presencia de miocardio isquémico, viable o hibernado.
62b) La reparación mitral mediante anuloplastia restrictiva ("*downsizing*") puede estar indicada en pacientes con regurgitación mitral crónica grave y miocardiopatía isquémica.
62c) Las técnicas de restauración ventricular están contraindicadas en pacientes que desarrollan disquinesia o aquinesia subsecuente a un infarto de miocardio que afecte a un único territorio.
62d) La cirugía de *bypass* coronario en los pacientes con miocardiopatía isquémica puede reducir el riesgo de muerte súbita.

63 EN RELACIÓN CON LOS CORAZONES ARTIFICIALES TOTALES UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>:

63a) La principal ventaja con respecto a los sistemas de asistencia ventricular es que proporcionan soporte biventricular con un dispositivo implantable.
63b) Son candidatos a esta terapia pacientes con superficie corporal igual o mayor a 1,7 m^2.
63c) Es una terapia que permite la opción de puente a la recuperación del corazón del paciente.
63d) Esta terapia permite el seguimiento de los pacientes en régimen ambulatorio.

64 EL EVENTO ADVERSO MÁS FRECUENTE TRAS EL IMPLANTE DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA ES:

64a) Arritmia cardíaca.
64b) Infección.
64c) Fallo ventricular derecho.
64d) Fracaso respiratorio.

65 UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES EN RELACIÓN CON EL SOPORTE MECÁNICO BIVENTRICULAR ES CORRECTA:

65a) Tras el implante de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda, se ha de considerar el implante de un dispositivo de asistencia ventricular derecha adicional si la presión venosa central se mantiene por encima de 19 mmHg.
65b) La posibilidad de puente a trasplante es mayor tras el implante de un dispositivo asistencia biventricular que tras el implante de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda.
65c) La supervivencia tras el implante de un dispositivo asistencia biventricular es mayor que tras el implante de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda.
65d) Los dispositivos de soporte mecánico biventricular incorporan sistemáticamente un oxigenador de membrana para proporcionar asistencia respiratoria.

66 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES <u>*NO*</u> REPRESENTA UNA CONTRAINDICACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN TRASPLANTE CARDÍACO?

66a) Resistencia vascular pulmonar mayor de 6 unidades Wood.
66b) Infección activa.
66c) Gradiente transpulmonar mayor de 8 mmHg.
66d) Disfunción hepática irreversible.

67 LA PRINCIPAL CAUSA DE MORTALIDAD DESPUÉS DEL PRIMER AÑO POST-TRASPLANTE CARDIACO ES:

67a) Rechazo con compromiso hemodinámico.
67b) Procesos oncológicos.
67c) Enfermedad coronaria del injerto.
67d) Procesos infecciosos.

68 EN RELACIÓN CON EL RECHAZO TRAS EL TRASPLANTE CARDÍACO IDENTIFIQUE LA AFIRMACIÓN INCORRECTA:

68a) El tratamiento de elección para el primer episodio de rechazo agudo son los corticoesteroides.
68b) Los episodios de rechazo recurrentes o refractarios son tratados habitualmente con anticuerpos monoclonales.
68c) El rechazo crónico se manifiesta con enfermedad arteriosclerótica coronaria del injerto.
68d) El tratamiento de elección del rechazo crónico son los procedimientos intervencionistas coronarios percutáneos.

69 SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA CON RESPECTO A LAS COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA:

69a) En centros hospitalarios experimentados, la mortalidad hospitalaria de la miectomía septal es 10%-15%.
69b) El bloqueo completo o parcial de rama izquierda del Haz de His es un hallazgo frecuente tras la miectomía septal, pero no se asocia con evolución postoperatoria desfavorable.
69c) En pacientes con el antecedente de ablación septal con alcohol, la necesidad de marcapasos definitivo tras la miectomía septal es inferior a 5%.
69d) En pacientes con bloqueo completo de rama derecha del Haz de His preoperatorio, la presencia de bloqueo de rama izquierda del Haz de His tras la miectomía septal no aumenta el riesgo de bloqueo auriculoventricular completo.

70 SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA:

70a) Se debe considerar el trasplante cardiaco en pacientes sin contraindicación formal para ello que no respondan a máximo tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico convencional.
70b) La primera opción de tratamiento quirúrgico a considerar es el conducto ápico-aórtico.
70c) La miectomía septal ha de indicarse cuando el gradiente intraventricular subaórtico sea superior a 25 mmHg.
70d) La incidencia de insuficiencia aórtica tras la miectomía septal es superior a 15%.

71 INDIQUE EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN UN PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS DESDE HACE TRES AÑOS QUE PRESENTA INFECCIÓN DE LA BOLSA DEL GENERADOR DE MARCAPASOS:

71a) Antibioticoterapia oral empírica y seguimiento clínico.
71b) Limpieza quirúrgica de la bolsa de marcapasos.
71c) Inserción de un nuevo sistema completo (generador y electrodos) y retirada completa del sistema antiguo.
71d) Aplicación de terapia de vacío en la herida infectada y cierre por segunda intención.

72 SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA EN RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES DE LOS CABLES DE LOS DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA:

72a) La fractura del cable de marcapasos es una complicación muy frecuente transcurridos más de cinco años desde el implante.
72b) La falta de sensado de un electrodo genera estimulación cardíaca competitiva.
72c) La dislocación del electrodo es una complicación tardía muy infrecuente.
72d) Los umbrales de estimulación de los electrodos disminuyen transcurridos varios meses desde el implante.

73 SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA EN RELACIÓN CON LOS DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES:

73a) La mortalidad hospitalaria asociada al implante transvenoso de desfibriladores automáticos implantables es 3%-5%.
73b) El diámetro de los electrodos de los desfibriladores automáticos implantables es menor que el de los electrodos de marcapasos convencionales.
73c) Los desfibriladores automáticos implantables tratan satisfactoriamente el 85%-90% de los episodios de fibrilación ventricular.
73d) La mortalidad por muerte súbita cardíaca de los pacientes portadores de desfibriladores automáticos implantables es 1%-2%.

74 SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR:

74a) La fuente de energía más ampliamente empleada es la basada en microondas.
74b) Cuando se emplea como fuente de energía el láser no es necesario que las lesiones miocárdicas sean transmurales.
74c) La aplicación de energía basada en radiofrecuencia mediante electrodos bipolares aumenta la probabilidad de que las lesiones afecten al espesor completo del miocardio auricular.
74d) Las pinzas bipolares se pueden usar con seguridad para crear lesiones en el atrio izquierdo a nivel del anillo mitral.

75 EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE, SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA:

75a) En pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White y taquiarritmias sintomáticas el tratamiento de elección es el implante de un desfibrilador automático implantable.
75b) En pacientes asintomáticos con síndrome de Wolff-Parkinson-White el tratamiento de elección es la resincronización cardíaca.
75c) Cuando no es posible la ablación con catéter, está indicado el tratamiento quirúrgico para la interrupción de las vías accesorias mediante abordaje endocárdico o epicárdico.
75d) La presencia de cardiopatía isquémica asociada es una contraindicación para la ablación de las vías accesorias en los pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White.

76 SEÑALE LA OPCIÓN <u>INCORRECTA</u> EN RELACIÓN CON LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR:

76a) El procedimiento de Maze izquierdo es realizado habitualmente asociado a procedimientos de cirugía valvular mitral.
76b) La técnica original descrita por Cox tiene por objetivos la ablación de la fibrilación auricular, la restauración de la sincronía aurículo-ventricular, y la preservación de la función mecánica de transporte auricular.
76c) El aislamiento de las venas pulmonares con obliteración de la orejuela izquierda puede realizarse mediante abordaje toracoscópico bilateral.
76d) El procedimiento de Maze derecho es el más empleado debido a que la aurícula derecha es el foco primario de re-entrada más frecuente.

77 EN RELACIÓN CON LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA:

77a) La pericardiectomía es el tratamiento de elección en los pacientes con pericarditis constrictiva sintomática.
77b) La radioterapia mediastínica es una de las posibles etiologías de la pericarditis constrictiva.
77c) La esclerosis pericárdica está indicada en pacientes con pericarditis constrictiva que no sean candidatos adecuados para pericardiectomía.
77d) Una tomografía computarizada torácica sin hallazgos patológicos no excluye el diagnóstico de pericarditis constrictiva.

78 EN UN PACIENTE QUE PRESENTA DERRAME PERICÁRDICO GRAVE REFRACTARIO A MEDIDAS TERAPÉUTICAS NO INVASIVAS, EL TRATAMIENTO QUE HA DE PLANTEARSE EN PRIMER LUGAR ES:

78a) Pericardiectomía antefrénica bilateral.
78b) Drenaje percutáneo si es técnicamente posible y no existe contraindicación.
78c) Ventana pericárdica mediante videotoracoscopia.
78d) Infusión intrapericárdica de bleomicina.

79 EN RELACIÓN CON EL TAPONAMIENTO CARDÍACO, SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA:

79a) El desarrollo del taponamiento cardíaco se relaciona directamente con la cantidad de líquido pericárdico acumulado.
79b) El desarrollo del taponamiento cardíaco se relaciona directamente con la capacidad de distensión del pericardio.
79c) El desarrollo del taponamiento cardíaco se relaciona directamente con la velocidad de acumulación del líquido pericárdico.
79d) La ecocardiografía es la prueba diagnóstica de elección ante la sospecha de taponamiento cardíaco.

80 EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA CON AFECTACIÓN DE LAS ARTERIAS PULMONARES LOBARES Y SEGMENTARIAS PROXIMALES, EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES:

80a) Trombolisis.
80b) Tromboendarterectomía pulmonar.
80c) Angioplastia pulmonar.
80d) Trasplante cardiopulmonar.

81 SEÑALE UNA CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA PARA LA REALIZACIÓN DE LA TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA:

81a) Enfermedad pulmonar obstructiva o restrictiva grave.
81b) Disfunción grave del ventrículo derecho.
81c) Enfermedad coronaria significativa concomitante.
81d) Insuficiencia renal avanzada.

82 EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBOLISMO PULMONAR AGUDO MASIVO, SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA

82a) La embolectomía pulmonar se realiza con soporte de *bypass* cardiopulmonar y parada circulatoria en hipotermia profunda.
82b) La embolectomía pulmonar se realiza con soporte de *bypass* cardiopulmonar con hipotermia y parada cardiaca cardiopléjica.
82c) La embolectomía pulmonar se realiza con soporte de *bypass* cardiopulmonar en normotermia y sin parada cardiaca.
82d) La embolectomía pulmonar se realiza sin soporte de *bypass* cardiopulmonar.

83 EN RELACIÓN CON LOS TRAUMATISMOS CARDIACOS PENETRANTES SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA

83a) La localización más frecuente de los traumatismos cardiacos penetrantes es el ventrículo derecho.
83b) Menos del 10% de los pacientes presentan lesiones en más de una cámara cardiaca.
83c) En los traumatismos cardiacos penetrantes se pueden producir fístulas arteriovenosas coronarias.
83d) En los traumatismos cardiacos penetrantes se pueden producir lesiones valvulares.

84 ANTE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE TRAUMATISMO CARDIACO PENETRANTE QUE PRESENTA ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, ¿QUÉ PRUEBA DIAGNÓSTICA CONSIDERA MÁS RENTABLE?

84a) Tomografía computarizada.
84b) Resonancia magnética nuclear.
84c) Ecocardiografía.
84d) Radiografía simple de tórax.

85 SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME *"COMMOTIO CORDIS":*

85a) Cursa con muerte súbita.
85b) Es consecuencia de un traumatismo de alta energía en la pared torácica anterior (región precordial).
85c) Se relaciona fisiopatológicamente con la fase de repolarización del ciclo cardiaco.
85d) Se ha descrito asociado a traumatismos durante la realización de actividades deportivas.

86 EN RELACIÓN CON LOS TRAUMATISMOS CARDIACOS NO PENETRANTES (CERRADOS), SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA:

86a) El diagnóstico de contusión cardíaca determina la indicación de tratamiento quirúrgico inmediato.
86b) Ante una ruptura del septo interventricular, si la situación hemodinámica permanece estable durante el periodo precoz post-traumatismo, la reparación quirúrgica puede diferirse 8-12 semanas con respecto al traumatismo cardiaco no penetrante.
86c) La válvula aurículoventricular más frecuentemente afectada en un traumatismo cardiaco no penetrante es la válvula mitral.
86d) La lesión valvular más frecuente tras un traumatismo cardiaco no penetrante es la ruptura de los velos aórticos

87 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA EN RELACIÓN CON LOS MIXOMAS CARDÍACOS?

87a) Los mixomas cardíacos son tumores intracavitarios benignos que asientan preferentemente en la cavidad atrial derecha.
87b) Se han descrito casos de mixomas con recurrencia local y metástasis a distancia con invasión vascular.
87c) Los síntomas constitucionales aparecen en menos del 15% de los pacientes.
87d) Tras la resección quirúrgica de los mixomas, la presencia de arritmias postoperatorias es muy infrecuente.

88 SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA EN RELACIÓN CON LAS NEOPLASIAS CARDÍACAS PRIMARIAS MALIGNAS:

88a) El rabdomiosarcoma es la neoplasia cardiaca primaria maligna más frecuente.
88b) La supervivencia mediana de los sarcomas cardiacos sometidos a tratamiento quirúrgico es 12 meses y cuando se consigue resección quirúrgica completa es 25 meses.
88c) Actualmente, el tratamiento de elección es el trasplante cardíaco ortotópico.
88d) La presencia de metástasis no contraindica el tratamiento quirúrgico.

89 ENTRE LAS POSIBLES ETIOLOGÍAS DEL SANGRADO POSTOPERATORIO TRAS CIRUGÍA CARDIACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA NO SE ENCUENTRA:

89a) Administración excesiva de protamina.
89b) Presencia de anticoagulante lúpico.
89c) Efecto residual de la heparina.
89d) Disfunción plaquetaria.

90 UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES *NO* SUPONE RIESGO AUMENTADO PARA SUFRIR SANGRADO MEDIASTÍNICO POSTOPERATORIO TRAS CIRUGÍA CARDIACA:

90a) Enfermedad de von Willebrand.
90b) Anemia preoperatoria.
90c) Alteración de la difusión pulmonar.
90d) Revascularización miocárdica mediante el empleo de injerto bilateral de arteria mamaria interna.

91 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES *NO* ES UN MÉTODO PARA MINIMIZAR LAS PÉRDIDAS SANGUÍNEAS Y LOS REQUERIMIENTOS TRANSFUSIONALES EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA:

91a) Evitar el empleo excesivo de los aspiradores del reservorio de cardiotomía.
91b) Neutralización de la heparina circulante con protamina hasta un valor de ACT 1,5 veces el basal.
91c) Empleo de factor VIIa recombinante en sangrado refractario asociado a estado de coagulopatía.
91d) Empleo de sistemas para la titulación de heparina-protamina para optimizar la anticoagulación y la reversión del efecto de la heparina.

92 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

92a) La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria.
92b) La atención primaria comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
92c) La atención primaria comprende la asistencia especializada en consultas.
92d) La atención primaria comprende la atención a la salud bucodental.

93 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD DE EUSKADI, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

93a) Su aprobación corresponde al Gobierno Vasco.
93b) Su contenido incluirá, entre otros determinantes, los indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.
93c) Su evaluación anual corresponde al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
93d) En él se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

94 LA COMPETENCIA PARA LA REORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ADSCRITOS A OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD MEDIANTE LA MODIFICACIÓN, FUSIÓN O SEGREGACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS EXISTENTES Y QUE NO DISPONGAN DE PERSONALIDAD JURÍDICA PROPIA, CORRESPONDE:

94a) Al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Al Consejo de Gobierno.
94c) A la persona titular del departamento al que esté adscrito Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94d) A la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

95 CONFORME A LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE OTORGARÁ POR ESCRITO:

95a) Cuando se otorgue por representación.
95b) Siempre.
95c) Cuando se trate de la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
95d) Las 3 afirmaciones anteriores son falsas.

96 A LOS EFECTOS DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, TIENE LA CONSIDERACIÓN DE DATO DE CARÁCTER PERSONAL:

96a) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas.
96b) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
96c) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas o identificables.
96d) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas.

97 CONFORME A LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, LA DEFENSA DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE SEXO EN EL SECTOR PRIVADO CORRESPONDE:

97a) Al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Igualdad.
97b) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
97c) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.
97d) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.

98 LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN DE SALUD SON:

98a) La universalidad, la calidad de los servicios, la sostenibilidad, la responsabilidad de las personas, la humanización de la atención y la coordinación sociosanitaria.
98b) La universalidad, la suficiencia financiera, la participación de los profesionales, la sostenibilidad y la mejora de la esperanza de vida.
98c) La universalidad, la solidaridad, la equidad, la calidad de los servicios de salud, la participación ciudadana y la sostenibilidad.
98d) La universalidad, la equidad, la responsabilidad de las personas, la profesionalidad, la sostenibilidad, la suficiencia financiera y la mejora de la esperanza de vida.

99 SOBRE EL RETO Y PROYECTO DE MEJORAR LA ACCESIBILIDAD ASISTENCIAL, EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO PERSEGUIDO POR OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

99a) El objetivo es mejorar los sistemas de gestión, planificación, producción y control de las listas de espera.
99b) El objetivo es mejorar la organización y calidad de los servicios sanitarios para agilizar los plazos de atención.
99c) Mejorar y estabilizar el número de pacientes y su demora en las listas de espera de consultas, pruebas diagnósticas y especialmente la demora quirúrgica, introduciendo criterios de calidad en su gestión.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

100 EN RELACIÓN CON LA ROTULACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS DE OSAKIDETZA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

100a) A partir del primer año desde la aprobación del II Plan de Euskera, la rotulación de las dependencias de Osakidetza-Servicio vasco de salud deberá estar redactada en las dos lenguas oficiales.
100b) Cuando las palabras que han de aparecer yuxtapuestas en el rótulo tengan una grafía muy similar y la utilización del euskera no impida la comprensión por parte de las personas que no sean vascoparlantes, se rotulará solamente en euskera.
100c) Cuando el mensaje del rótulo vaya expresado mediante imágenes que garanticen su comprensión, el texto que lo acompañe podrá ir indistintamente en cualquiera de los dos idiomas.
100d) Las tres respuestas anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

101 RESPECTO A LOS RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS EN LA D-TRASPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA.

101a) La cirugía de switch arterial se considera actualmente de elección porque la supervivencia tardía es mejor que con el switch atrial.
101b) Una válvula bicúspide en la neo-aorta se asocia a una mayor tasa de reintervención en el seguimiento.
101c) La existencia de coronaria intramural se asocia a una mayor mortalidad hospitalaria.
101d) Los pacientes operados de D-TGA presentan en su evolución alteraciones del desarrollo neurológico que se manifiesta fundamentalmente como dificultad para el aprendizaje.

102 ¿CUÁL DE ESTAS CARDIOPATÍAS NO SE ASOCIA HABITUALMENTE A UN DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE O A UN LIGAMENTO DUCTAL?

102a) Tetralogía de Fallot con agenesia de la válvula pulmonar.
102b) Tetralogía de Fallot con estenosis de la válvula pulmonar.
102c) Atresia pulmonar con comunicación interventricular.
102d) Atresia pulmonar con septo interventricular intacto.

103 SEÑALE CUAL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CORRECTA:

103a) El síndrome de la cimitarra es un tipo de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial en que el drenaje del pulmón derecho se hace a la vena hemiácigos, y se suele asociar a una comunicación interauricular tipo seno coronario.
103b) La comunicación interauricular tipo seno venoso más frecuente se localiza en la desembocadura de la vena cava superior aunque también hay casos descritos en la desembocadura de la vena cava inferior.
103c) La existencia de vena cava superior izquierda se asocia con frecuencia a una comunicación interauricular tipo seno coronario.
103d) La asociación de comunicación interauricular tipo seno venoso e insuficiencia aórtica se denomina síndrome de Laubry Pezzi.

104 INDICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA INSUFICIENCIA MITRAL PRIMARIA SEVERA: ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA INDICACION CLASE I NIVEL DE EVIDENCIA B O C?

104a) La reparación de válvula mitral debe ser la técnica preferida cuando se espera que los resultados sean duraderos.
104b) La cirugía está indicada para pacientes sintomáticos con FEVI > 30%.
104c) La cirugía está indicada para pacientes asintomáticos con disfunción del VI (DTSVI ≥ 45 mm o FEVI ≤ 60%).
104d) Debe considerarse la cirugía para pacientes asintomáticos con función del VI conservada (DTSVI < 45 mm y FEVI ≤ 60%) y fibrilación auricular secundaria a insuficiencia mitral o hipertensión pulmonar (presión pulmonar sistólica en reposo > 50 mmHg).

105 EN RELACION CON LAS INDICACIONES PARA LA REVASCULARIZACIÓN EN PACIENTES CON ANGINA ESTABLE O ISQUEMIA SILENTE, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES NO TIENE UNA INDICACION CLASE 1 NIVEL DE EVIDENCIA A?

105a) Estenosis coronaria mayor al 50% con angina de pecho o equivalente limitante que no responde a tratamiento médico.
105b) Lesión del tronco coronario izquierdo con lesión mayor al 50%.
105c) Lesión de la arteria descendente anterior proximal mayor al 50%.
105d) Lesión en que condiciona una zona en riesgo de isquemia grande (mayor al 10% del ventrículo izquierdo).

106 RESPECTO A LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN LAS CARDIOPATIAS, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES INCORRECTA?

106a) En estudios comparativos con cardio resonancia magnética, la ecocardiografía subestimaba el área aórtica de pacientes con bajo gradiente.
106b) En la cuantificación de la insuficiencia aórtica, la eco- 2D mostró mejor correlación, acuerdo e índice kappa, menor dispersión y límites de confianza más estrechos que la eco-3D.
106c) En la estimación de la gravedad de la insuficiencia tricuspídea, la determinación del orificio efectivo y el volumen regurgitante mediante la evaluación del área de superficie de isovelocidad proximal por eco-3D mostró más precisión que la eco-2D, tomando como referencia los métodos cuantitativos Doppler y la planimetría tridimensional.
106d) La ecocardiografía tridimensional vuelve a mostrar que, en pacientes con estenosis aórtica grave previa al implante de prótesis percutánea, la medida del anillo por este nuevo método es similar a la obtenida por el estudio cardiaco mediante tomografía computarizada.

107 SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA EN RELACIÓN CON LA INSUFICIENCIA MITRAL ASOCIADA A LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA:

107a) En los pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva los velos mitrales están desproporcionadamente elongados y engrosados, especialmente el borde libre del velo anterior.
107b) Existe una relación directa entre el gradiente intraventricular y el grado de regurgitación mitral asociado al movimiento sistólico del velo anterior mitral (SAM).
107c) Es frecuente la presencia de calcificación del anillo mitral posterior en pacientes ancianos con miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
107d) La presencia de insuficiencia mitral no asociada a SAM es excepcional en los pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

108 SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON EMBOLISMO PULMONAR AGUDO MASIVO:

108a) La embolectomía pulmonar quirúrgica está indicada en pacientes afectos de embolismo pulmonar masivo agudo que desarrollan shock cardiogénico refractario.
108b) La embolectomía pulmonar quirúrgica puede considerarse cuando no existe tiempo suficiente para que la trombolisis sea efectiva.
108c) La mayoría de los pacientes sometidos a embolectomía pulmonar quirúrgica desarrollan hipertensión pulmonar residual durante el seguimiento.
108d) El objetivo de la embolectomía pulmonar transvenosa percutánea es reducir las resistencias pulmonares y la sobrecarga del ventrículo derecho, así como aumentar el gasto cardíaco.

109 SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA EN RELACIÓN CON LOS TUMORES CARDÍACOS:

109a) Las neoplasias cardíacas primarias son más frecuentes que las secundarias.
109b) Los tumores cardíacos primarios son mayoritariamente benignos.
109c) Los tumores cardíacos primarios malignos son más frecuentemente observados en la edad infantil que en adultos.
109d) Las neoplasias cardiacas secundarias malignas más frecuentes son las de origen hematológico.

110 EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA REFERIDA A LAS BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

110a) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable en las personas con problemas de circulación sanguínea.
110b) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable de los pacientes encamados.
110c) El riesgo de sufrir una caída aumenta considerablemente durante el ingreso hospitalario.
110d) Se estima que casi 1/3 de las caídas durante el ingreso hospitalario se pueden prevenir.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 OPE 2017

FAK. ESP. BIHOTZ-HODIETAKO KIRURGIAKO MEDIKU ESPEZIALISTA
FAC. ESP. MEDICO CIRUGIA CARDIOVASCULAR

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 C	031 D	061 D	091 B
002 A	032 B	062 C	092 C
003 A	033 C	063 C	093 C
004 D	034 D	064 B	094 A
005 B	035 D	065 A	095 C
006 C	036 C	066 C	096 B
007 A	037 B	067 B	097 C
008 D	038 B	068 D	098 C
009 B	039 D	069 B	099 D
010 D	040 D	070 A	100 C
011 B	041 C	071 C	101 B
012 D	042 C	072 B	102 A
013 C	043 D	073 D	103 B
014 A	044 B	074 C	Erreserbak / Reservas
015 D	045 C	075 C	104 D
016 B	046 B	076 D	105 D
017 C	047 D	077 C	106 B
018 B	048 D	078 B	107 D
019 A	049 C	079 A	108 C
020 D	050 C	080 B	109 C
021 B	051 D	081 A	110 A
022 Baliogabetua	052 C	082 C	
023 A	053 B	083 B	
024 C	054 D	084 C	
025 D	055 D	085 B	
026 C	056 Baliogabetua	086 B	
027 D	057 Baliogabetua	087 B	
028 D	058 A	088 B	
029 B	059 A	089 B	
030 D	060 B	090 C	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. BIHOTZ-HODIETAKO KIRURGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Proba eguna / Fecha prueba:

2018ko maiatzaren 27an / 27 de mayo de 2018.

2. ariketa / 2º ejercicio

CASO CLÍNICO Nº 1

MOTIVO DE CONSULTA:

Mujer de 40 años ingresada en la Unidad Coronaria por sospecha de patología aórtica a estudio.

ANTECEDENTES PERSONALES:

-No alergias medicamentosas conocidas.

-No hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular conocidos.

-Hipotiroidea con tratamiento sustitutivo y controles anuales por endocrino.

-Intervenciones quirúrgicas: Cesárea y colecistectomizada en 2002.

-Tratamiento habitual: Eutirox 75mg/24 horas.

-Situación funcional basal: Funciones superiores conservadas, vida activa sin angor ni disnea basal.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que acude a urgencias con una clínica de larga evolución muy inespecífica, casi 2 años, pero que ha aumentado de intensidad en los últimos 4 días consistente en dolor precordial intermitente y opresivo que no se relaciona con la actividad física, además de sensación de pesadez de extremidad superior izquierda con parestesias en dedos y dolor tipo presión en zona cervical con sensación pulsátil en oído izquierdo.

En la exploración llama la atención asimetría de pulsos carotideos y femorales con TA que difiere entre ambos brazos.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA: 155/48 (ESD), 122/69 (ESI) mmHg. FC 79 lpm. Sat O2 100%.

Consciente, orientada. Normocoloreada y bien perfundida.

Cabeza y cuello: soplo carotideo izquierdo y debilidad de pulso en carótida izquierda.

AC: rítmico con soplo sistólico y diastólico en foco aórtico grado 4/6.

AP: murmullo vesicular conservado bilateralmente.

Abdomen: Cicatriz de laparotomía. Resto anodino.

EEII: no edemas, no signos de TVP. Pulso femoral izquierdo débil con respecto al derecho

PREGUNTAS CASO CLÍNICO Nº 1

1.- DIAGNÓSTICO

2.- PLAN DE TRATAMIENTO

CASO CLÍNICO Nº 2

Embarazo gemelar

Diagnóstico prenatal

Cesárea a la semana 37 por CIR de ambos fetos

Cianosis al nacer. Se aloja en intensivos de neonatal y se instaura tratamiento con PGE1. Se intenta destete de Pge1 pero hay recidiva de la cianosis

PREGUNTAS CASO CLÍNICO Nº 2

1.- DIAGNÓSTICO

2.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

3.- PLAN QUIRURGICO

CASO CLÍNICO Nº 3

Mujer 55 años, 155 cm, 49 kg, enfermera

No alergias

No tratamiento habitual

Cirugías previas: Miringotomia derecha por otitis media

FRCV: Hª familiar, bebedora ocasional

Otros:

- Otomastoiditis

- En control por medicina interna desde hace un año por hallazgos en RM sugestivos de hiperplasia tejido linfoide, aunque con estudio de anticuerpos negativo en ese momento

Historia cardiológica:

Asintomática hasta hace 6 meses, deportista habitual, más de 100 Km en bicicleta en un día, que presenta episodio febril de posible origen respiratorio.

Refiere episodios de taquicardia, por lo que es vista por el cardiólogo realizándose:

- Holter: BAV 1º, BRIHH, frecuentes extrasístoles ventriculares

- Ecocardiograma: Fe 60%, DTD 52 mm, DTS 38 mm, insuficiencia aortica leve-moderada.

Es tratada con betabloqueantes con mala tolerancia por lo que se suspenden

Un mes más tarde, aparecen mareos frecuentes siendo ingresada llevándose a cabo:

- ECG: episodios de BAV 3º, frecuentes rachas de extrasístoles ventriculares

- Rx: Cardiomegalia

- Ecocardiograma: hipertrofia excéntrica, DTD 59 mm, DTS 32 mm, Fe 60%, IAo severa, velo derecho rígido engrosado,

- RM: Fe normal, IAo severa, dilatación biventricular, ligero derrame pericárdico

- TAC: Derrame pericárdico, bronquitis infecciosa lóbulo inferior izquierdo, hepatomegalia

Se implanta marcapasos DDD-R

Hace 3 meses, control ambulatorio, encontrándose en CF I/IV

-Ecocardiograma: IAo severa, Fe 66% movimiento septal anómalo por el marcapasos, DTD 69 mm, DTS 43 mm, Aorta Ascendente 38 mm, insuficiencia mitral moderada por tenting, insuficiencia tricuspidea ligera

Se decide control en un mes, planteando la posibilidad quirúrgica

Hace 2 meses, CF I-II, anda en bicicleta 50 km, se realiza estudio preoperatorio para cirugía valvular aortica

-AngioTAC: Coronarias normales, dominancia derecha, aorta ascendente 39 mm, senos coronarios 36 mm, unión sinotubular 29 mm, inflamación de partes blandas, derrame pericardio de 12 mm, signos de congestión pulmonar, infiltrados en LLI ya conocidos

Un mes después ingreso en urgencia por sincope, disnea de 15 días de evolución CF III

Exploración: frialdad, soplo sistólico panfocal, no edemas.

- ECG Ritmo de MP con BRI QRS 22 ms

- Rx cardiomegalia, redistribución, derrame pleural bilateral

- Analítica Hb 11.3 Hto 37, leucos 12, IP 42%, fibrinógeno 550, GOT 119, GPT 102, Troponina I 700

Es tratada con diuréticos, con discreta mejoría. A las 72 horas empeoramiento

Ingreso en unidad coronaria por insuficiencia cardiaca con disnea CF IV, ortopnea, con severa ingurgitación yugular y hepatomegalia. Tension 85/35.

-Ecocardiograma transesofágico: cara posterior de aorta ascendente engrosada, engrosamiento velo coronario derecho restrictivo, insuficiencia aórtica severa, insuficiencia mitral moderada central, anillo 35 mm, Insuficiencia tricuspidea moderada, PAP 37

Tratada con DBT y diuréticos se interviene de forma programada cuatro días después

Hallazgos intraoperatorios

ETE: insuficiencia aórtica severa, insuficiencia mitral moderada-severa, insuficiencia tricuspidea severa

Cardiomegalia severa especialmente del ventrículo izquierdo

Aorta y válvula aórtica con signos de inflamación

Válvula aórtica trivalva con velos fusionados y retraídos

Válvula mitral normal salvo fusión-inflamación de cuerdas de comisura posterior

PREGUNTAS CASO CLÍNICO Nº 3

1.- ¿QUÉ ALTERNATIVAS ETIOLOGICAS VALORARIA A LA HORA DE PLANTEARSE LA INTERVENCIÓN?

2.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

3.- ¿QUÉ PRUEBAS SOLICITARIA ANTES Y DURANTE LA INTERVENCIÓN?

4.- ¿QUÉ TERAPIAS SIN CONTAR LAS REFERENTES A SU VALVULOPATIA PRE-INTRA Y POSTOPERATORIAS LLEVARIA A CABO