


He analizado el cuaderno del examen MIR 2025 del 24 de enero de 2026 (Versión 0) y **he seleccionado las 30 preguntas relacionadas con el área cardiovascular** (Cardiología, Cirugía Vascular, Fisiología e Imagen).

A continuación, presento las respuestas correctas justificadas según la evidencia clínica actual y el contenido del examen:

 MINISTERIO DE SANIDAD	PRUEBAS SELECTIVAS 2025 CUADERNO DE EXAMEN MEDICINA - VERSIÓN: 0	NÚMERO DE MESA: NÚMERO DE EXPEDIENTE: Nº DE D.N.I. O EQUIVALENTE PARA EXTRANJEROS: APELLIDOS Y NOMBRE:
--	---	---

- 3. Ingresa una paciente de 83 años para tratamiento de aneurisma de aorta abdominal de 50mm de diámetro, por crecimiento rápido en los últimos 6 meses. Entre sus antecedentes destaca: hipertensión arterial, dislipemia, portadora de marcapasos por bloqueo aurículo-ventricular completo como antecedentes. Veinticuatro horas tras la cirugía la paciente presenta distensión, dolor abdominal y rectorragias, acompañado de leucocitosis 32.100 μ l, con el 95% de neutrófilos y 278 de LDH como únicas alteraciones analíticas, por lo que se realiza un angio-tomografía computerizada, con la siguiente imagen (IMAGEN 3). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Isquemia mesentérica aguda.
 2. Isquemia mesentérica crónica.
 3. Isquemia mesentérica no oclusiva.
 4. Colitis isquémica.

Pregunta 3: Complicaciones de Cirugía de Aneurisma de Aorta

- Contexto: Paciente de 83 años intervenida de aneurisma de aorta abdominal (AAA) que 24 horas después presenta distensión, dolor abdominal, rectorragia y leucocitosis marcada.
- Respuesta correcta: 4. Colitis isquémica.
- Explicación: La rectorragia tras la cirugía de AAA es un signo de alarma clásico de colitis isquémica, generalmente por ligadura o hipoperfusión de la arteria mesentérica inferior durante el procedimiento. La leucocitosis apoya el diagnóstico de isquemia intestinal.

10. Paciente de 70 años con antecedentes de infarto anterior hace 15 años tratado con stent coronario. Portador de marcapasos por antecedentes de bloqueo auriculoventricular, con ecocardiografía reciente con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 25%. Refiere la familia encontrarle más cansado y somnoliento desde hace dos días y con incremento de su disnea habitual. En urgencias las constantes son: frecuencia cardíaca 80 lpm, tensión arterial 75/45 mmHg, saturación de O₂ basal 86% y la frecuencia respiratoria 35 rpm. A la exploración física llama la atención la frialdad de las extremidades que además presentan edemas con fovea. El electrocardiograma es el siguiente (IMAGEN 10a) y la radiografía de tórax es la siguiente (IMAGEN 10b). ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas le parecen las más adecuadas en la fase aguda del paciente?:

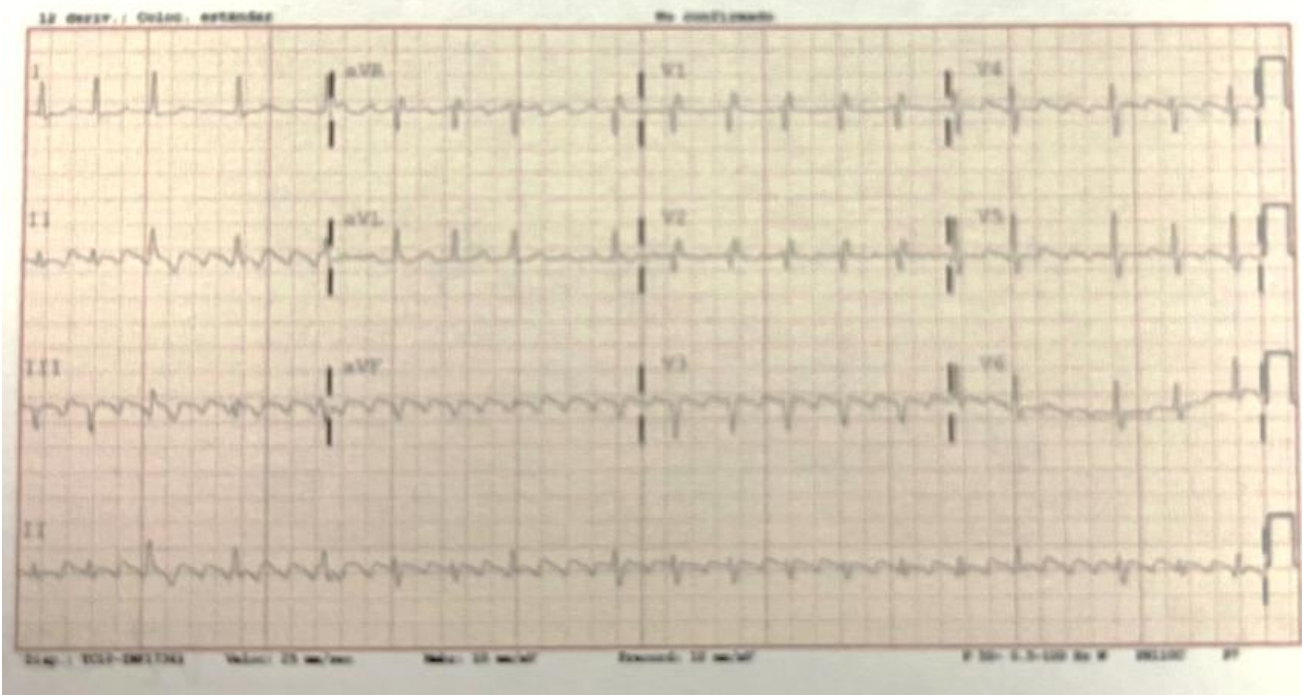
1. Ventilación no invasiva tipo Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP), furosemida intravenosa, dobutamina o noradrenalina intravenosa.
2. Oxígeno en reservorio, furosemida intravenosa, nitroglicerina intravenosa y betabloqueantes.
3. BIPAP, furosemida intravenosa, dobutamina o noradrenalina intravenosa, Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), espironolactona, estatina y betabloqueante.
4. BIPAP, furosemida intravenosa, sacubitrilo-valsartán, empaglifozina, betabloqueante, espironolactona y estatina.

Pregunta 10: Manejo del Shock Cardiogénico

- Contexto: Paciente con antecedentes de infarto previo y baja fracción de eyección (25%) que acude por disnea, hipotensión (75/45 mmHg), frialdad de extremidades y edemas.
 - Respuesta correcta: 1. Ventilación no invasiva tipo Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP), furosemida intravenosa, dobutamina o noradrenalina intravenosa.
 - Explicación: El paciente presenta un shock cardiogénico (perfil "frío y húmedo"). El tratamiento requiere soporte respiratorio (VNI), reducir la congestión (furosemida) y soporte inotrópico o vasopresor (dobutamina/noradrenalina) para mantener la perfusión de órganos diana.
-

11. Acude a urgencias un paciente con palpitaciones desde hace 3 horas y presenta el siguiente electrocardiograma (IMAGEN 11). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?:

1. Se trata de una fibrilación auricular y realizaría cardioversión eléctrica si el paciente la tolerase mal hemodinámicamente.
2. Se trata de un flutter auricular común. Lo cardiovertiría si está mal tolerado y lo indicado es la ablación del istmo cavotricuspidal como primera opción.
3. Se trata de una taquicardia por reentrada intranodal y administraría un bolo de adenosina intravenosa.
4. Se trata de una fibrilación auricular preexcitada y administraría un bolo de betabloqueante intravenoso.



Pregunta 11: Arritmias (Flutter Auricular)

- Contexto: Paciente con palpitaciones y un ECG que muestra ondas en "dientes de sierra" (típico de la imagen 11 del examen).
- Respuesta correcta: 2. Se trata de un flutter auricular común. Lo cardiovertiría si está mal tolerado y lo indicado es la ablación del istmo cavotricuspidal como primera opción.
- Explicación: El flutter auricular típico depende del istmo cavotricuspidal. La ablación con radiofrecuencia de esta estructura es el tratamiento definitivo con una tasa de éxito muy alta, superior a los fármacos antiarrítmicos.

- 12. Paciente de 70 años fumador de 2 paquetes de cigarrillos al día. Acude a urgencias por disnea, plétora facial, edema en esclavina y cianosis. Se realiza una Tomografía axial computerizada (TAC) de tórax en el que se observan las siguientes imágenes (IMAGEN 12a y 12b). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Carcinoma microcítico de pulmón.
 2. Linfoma de Hodgkin.
 3. Metástasis de carcinoma no microcítico de pulmón.
 4. Carcinoma tímico.

Pregunta 12: Síndrome de Vena Cava Superior

- Contexto: Paciente fumador con plétora facial, edema en esclavina y cianosis.
 - Respuesta correcta: 1. Carcinoma microcítico de pulmón.
 - Explicación: El síndrome de vena cava superior es frecuentemente una urgencia oncológica. El cáncer de pulmón (especialmente el microcítico por su localización central) es la causa maligna más común.
-

- 16. Mujer de 63 años de edad con diagnóstico de cáncer de endometrio estadio I. Ha sido intervenida mediante histerectomía radical más linfadenectomía pélvica y para-aórtica, finalizando con radioterapia. En la exploración física se objetiva un signo de Stemmer positivo. Tras visualizar la imagen (IMAGEN 16), ¿cuál de estas opciones considera que es la correcta?:**
1. La paciente presenta una linfangitis, que se tratará mediante pauta de amoxicilina-clavulánico durante 10 días.
 2. La paciente tiene un lipedema, que se tratará con actividad física de bajo impacto con el objetivo de mejorar la circulación.
 3. La paciente presenta un linfedema, que se tratará mediante prenda de presoterapia a medida y drenaje linfático manual.
 4. La paciente presenta una sospecha de trombosis venosa profunda en la extremidad, por lo que solicitaremos un estudio de imagen con doppler vascular para confirmar el diagnóstico.

Pregunta 16: Patología Linfática (Linfedema)

- Contexto: Mujer post-linfadenectomía pélvica por cáncer de endometrio con signo de Stemmer positivo.
 - Respuesta correcta: 3. La paciente presenta un linfedema, que se tratará mediante prenda de presoterapia a medida y drenaje linfático manual.
 - Explicación: El signo de Stemmer (imposibilidad de pellizcar la piel de la base del segundo dedo del pie) es patognomónico del linfedema. El tratamiento de elección es la terapia física compleja (drenaje y compresión).
-

25. Paciente de 56 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, obesidad y fumador de 20 cigarrillos diarios. Consulta en urgencias por un episodio de dolor torácico con mareo tras una discusión con un familiar. El electrocardiograma es normal y la primera troponina es de 14. Siguiendo el protocolo se le va a seriar la troponina por lo que está esperando en un box de urgencias monitorizado. Mientras espera comienza con mareo, por lo que avisa al personal de enfermería que cuando llega al box se lo encuentra inconsciente, sin respiración y con un ritmo en el monitor como el de la imagen (IMAGEN 25). Se comienza con compresiones y ventilaciones con una secuencia 30:2. ¿Cuál sería la siguiente acción?:

1. Administrar Adrenalina intravenosa.
2. Administrar Amiodarona intravenosa.
3. Realizar una desfibrilación.
4. Realizar una cardioversión eléctrica.

Pregunta 25 (Parada Cardiorrespiratoria)

- Caso Clínico: Varón de 56 años con factores de riesgo (DM2, obesidad, fumador) que presenta dolor torácico y mareo. Mientras está monitorizado, queda inconsciente y sin respiración.
 - Acción inmediata: Tras iniciar RCP (30:2), el protocolo de Soporte Vital Avanzado indica que la prioridad absoluta ante un ritmo desfibrilable es la descarga eléctrica.
 - Respuesta Correcta: 3. Realizar una desfibrilación
-

65. Un hombre acude a la consulta para la revisión del tratamiento farmacológico de un síndrome coronario crónico. Si no existen comorbilidades, ni otro tipo de factores asociados, ¿qué fármaco de mantenimiento debería tomar este paciente para la prevención de complicaciones graves y mejora de la supervivencia?:

1. Nifedipino.
2. Acenocumarol.
3. Ácido acetilsalicílico.
4. Enalapril.

Pregunta 65: Tratamiento Crónico del Síndrome Coronario Crónico

- Contexto: Se pregunta por la medicación que ha demostrado reducir eventos cardiovasculares a largo plazo en pacientes con cardiopatía isquémica estable.
 - Respuesta correcta: 3. Ácido acetilsalicílico.
 - Explicación: El ácido acetilsalicílico (Aspirina) es el pilar de la prevención secundaria para evitar eventos trombóticos arteriales en pacientes coronarios.
-

67. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al electrocardiograma (ECG) normal en la fisiología cardíaca?:

1. El complejo QRS representa la repolarización de los ventrículos.
2. La onda T indica la despolarización completa del músculo ventricular.
3. La onda P corresponde a la despolarización de las aurículas antes de la contracción auricular.
4. El electrodo ubicado cerca de la base del corazón registra una positividad durante la despolarización ventricular.

Pregunta 67 (Fisiología del ECG)

- **Análisis:** Se pregunta por la afirmación correcta sobre las ondas del ECG normal.
 - **Fisiología:** La onda P representa la despolarización auricular. El complejo QRS es la despolarización ventricular y la onda T es la repolarización ventricular.
 - **Respuesta Correcta:** 3. La onda P corresponde a la despolarización de las aurículas antes de la contracción auricular.
-

82. Respecto a la embolia y la trombosis en las extremidades inferiores, indica la correcta:

1. La trombosis arterial se da frecuentemente en pacientes con arritmia cardíaca.
2. Los pacientes con una embolia arterial refieren de forma habitual clínica de claudicación previa.
3. La embolia se trata habitualmente mediante anticoagulación.
4. En la angiografía de un paciente con trombosis arterial se objetiva mayor desarrollo de circulación colateral.

Pregunta 82 (Embolia vs. Trombosis)

- **Análisis:** Diferenciación entre oclusión arterial aguda por embolia o trombosis.
 - **Clave:** La trombosis suele ocurrir sobre una placa de ateroma previa (pacientes con claudicación intermitente crónica) y, por ser un proceso más lento, suele presentar mayor desarrollo de circulación colateral en la angiografía.
 - **Respuesta Correcta:** 4. En la angiografía de un paciente con trombosis arterial se objetiva mayor desarrollo de circulación colateral.
-

83. En un paciente con estenosis de válvula aórtica, ¿Cuál te parece el tratamiento más adecuado?:

1. Recambio valvular en pacientes asintomáticos sin disfunción ventricular.
2. Recambio valvular en pacientes sintomáticos.
3. Reparación valvular en pacientes sintomáticos.
4. Valvuloplastia en estenosis aórtica grave y pacientes con bajo riesgo de reemplazo valvular.

Pregunta 83 (Tratamiento Estenosis Aórtica)

- Análisis: Manejo de la estenosis valvular aórtica.
 - Criterio: La indicación clara de recambio valvular es la presencia de síntomas (disnea, síncope o angina) causados por la estenosis grave.
 - Respuesta Correcta: 2. Recambio valvular en pacientes sintomáticos.
-

110. En el cálculo del riesgo cardiovascular, si usamos el SCORE 2 para la zona de Europa bajo riesgo/España, nos hacen falta todas las siguientes variables, señala la verdadera:

1. Edad, sexo, tabaco, presión arterial sistólica, colesterol total y colesterol LDL.
2. Edad, sexo, tabaco, presión arterial sistólica, colesterol total y lipoproteína A.
3. Edad, sexo, tabaco, presión arterial sistólica, colesterol total y colesterol HDL.
4. Edad, sexo, tabaco, presión arterial sistólica, colesterol total, lipoproteína A, triglicéridos.

Pregunta 110 (Score 2 de riesgo CV)

- Respuesta Correcta: 3. Edad, sexo, tabaco, PAS, colesterol total y HDL.
-

115. Acude a urgencias un paciente que comenzó con dolor torácico hace 10 minutos estando comiendo en un restaurante cerca del hospital. El electrocardiograma muestra una elevación del segmento ST de 2 mm en derivaciones precordiales desde V1 a V4 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Realizaremos una analítica de sangre con determinación de troponinas para determinar si es un infarto y así activar un cateterismo urgente.
2. Administraremos dosis de carga de aspirina lo antes posible.
3. El cateterismo ha de realizarse de forma urgente en menos de 2 horas siendo la vía femoral la primera opción por ser la más rápida.
4. Sospecharemos una lesión coronaria trombótica oclusiva en la arteria circunfleja.

Pregunta 115 (Manejo de SCACEST)

- Análisis: Paciente con dolor torácico y elevación del ST de V1 a V4 (cara anterior, arteria descendente anterior).
- Protocolo: Ante un SCACEST, se debe administrar la dosis de carga de aspirina lo antes posible. La vía de elección para el cateterismo es la radial, no la femoral.
- Respuesta Correcta: 2. Administraremos dosis de carga de aspirina lo antes posible

116. ¿En cuál de los siguientes escenarios NO ESTÁ INDICADO el implante de un DAI (desfibrilador automático implantable) ?:

1. Paciente con síndrome de Brugada y síncope de repetición sin prodromos y recuperación rápida.
2. Paciente con miocardiopatía hipertrófica y puntuación de score de riesgo de muerte súbita Hypertrophic Cardiomyopathy – Sudden Cardiac Death (HCM-SCD) de 7%.
3. Paciente con miocardiopatía dilatada isquémica con infarto de todo el territorio anterior hace 3 meses, disnea de moderados esfuerzos a pesar del tratamiento médico y Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) 30%.
4. Paciente ingresado seis días con infarto agudo de miocardio revascularizado con stent en el ingreso y FEVI del 35% antes del alta.

Pregunta 116 (Indicación de DAI)

- Análisis: Escenarios donde NO está indicado un Desfibrilador Automático Implantable.

- Guías: No se debe implantar un DAI en la fase aguda de un infarto (antes de 40 días) para prevención primaria, ya que la FEVI puede recuperar tras la revascularización.
 - Respuesta Correcta: 4. Paciente ingresado seis días con infarto agudo de miocardio... y FEVI del 35% antes del alta.
-

117. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con los anticoagulantes orales de acción directa (ACODs)?:

1. Existen algunos ensayos clínicos que avalan su uso en pacientes en hemodiálisis.
2. Tienen menos riesgo de hemorragia intracraneal que los antagonistas de la vitamina K.
3. Pueden administrarse en pacientes con valvulopatías y portadores de todo tipo de prótesis cardíacas.
4. Son igual o más eficaces que los antagonistas de la vitamina K para prevenir ictus isquémicos.

Pregunta 117: Contraindicación de Anticoagulantes Orales de Acción Directa (ACOD)

- Respuesta correcta: 3. Portadores de prótesis valvulares mecánicas o estenosis mitral reumática moderada-grave.
 - Explicación: Los ACOD (apixabán, rivaroxabán, etc.) no deben usarse en pacientes con válvulas mecánicas debido a un mayor riesgo de eventos trombóticos en comparación con los antagonistas de la vitamina K (Sintrom).
-

118. Respecto a la estenosis aórtica severa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. Si en la auscultación existe un desdoblamiento normal del segundo ruido cardíaco, descartaremos una estenosis aórtica severa con bastante probabilidad.
2. En pacientes más jóvenes, la etiología más frecuente de la misma es la válvula unicúspide.
3. Si es sintomática y el paciente tiene más de 70 años se recomienda una prótesis percutánea tipo Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI).
4. La estenosis aórtica severa de bajo flujo y bajo gradiente el TAC cardíaco con valoración del calcio valvular es de utilidad.

Pregunta 118 (Estenosis Aórtica Severa - Falsa)

- Análisis: Afirmación falsa sobre la estenosis aórtica.
 - Etiología: En pacientes jóvenes, la causa más frecuente es la válvula bicúspide, no la unicúspide (que es extremadamente rara).
 - Respuesta Correcta: 2 (Falsa). En pacientes más jóvenes, la etiología más frecuente de la misma es la válvula unicúspide.
-

119. ¿Cuál de los siguientes síncope NO ingresaría en cardiología para completar estudio?:

1. Varón de 45 años con tres episodios de síncope precedido de cortejo vegetativo y recuperación lenta en el último año.
2. Varón de 75 años con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 40%.
3. Varón de 75 años con ECG con bloqueo completo de rama izquierda del haz de His.
4. Mujer de 37 años con síncope en reposo precedido de palpitaciones.

Pregunta 119 (Síncope - Ingreso)

- Análisis: ¿Qué síncope no requiere ingreso para estudio cardiológico?
- Criterios: Los síncope con pródromos claros (cortejo vegetativo) y en pacientes jóvenes sin cardiopatía suelen ser vasovagales y no precisan estudio hospitalario. La FEVI baja o el bloqueo de rama izquierda son criterios de alto riesgo que sí exigen ingreso.
- Respuesta Correcta: 1. Varón de 45 años con tres episodios de síncope precedido de cortejo vegetativo....

120. En lo que respecta al diagnóstico de la estenosis aórtica, ¿qué afirmación es FALSA?:

1. La ergometría con intercambio de gases es una prueba que ha de realizarse a todos los pacientes con síntomas.
2. La ecocardiografía transesofágica puede ser útil si existen dudas de la severidad.
3. El TAC cardíaco es una prueba indispensable previa al implante de una prótesis biológica aórtica percutánea tipo Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI).
4. En pacientes con estenosis aórtica de bajo flujo y bajo gradiente con función ventricular izquierda deprimida, la ecocardiografía de estrés con dobutamina estaría indicada.

Pregunta 120 (Diagnóstico de Estenosis Aórtica - Falsa)

- Análisis: Afirmación falsa sobre el diagnóstico.
- Seguridad: La prueba de esfuerzo (ergometría) está estrictamente contraindicada en pacientes con estenosis aórtica grave que ya tienen síntomas.
- Respuesta Correcta: 1 (Falsa). La ergometría con intercambio de gases es una prueba que ha de realizarse a todos los pacientes con síntomas

121. Varón de 56 años fumador sin otros factores de riesgo cardiovascular que acude a urgencias por dolor torácico opresivo desde hace 4 horas con un electrocardiograma inicial que muestra elevación del segmento ST en derivaciones II, III y aVF de 2 mm. A su llegada además se objetiva en la exploración física: tensión arterial 80/40 mmHg, frecuencia cardíaca 40 lpm e ingurgitación de la vena yugular, saturación de O₂ basal del 95%. Auscultación cardíaca sin soplos destacables ni edemas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST inferior.
2. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST inferior con rotura del músculo papilar posterior-medial.
3. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST inferior y de ventrículo derecho.
4. Infarto con elevación del segmento ST inferior con rotura del septo interventricular.

Pregunta 121: Infarto de Ventrículo Derecho

- Contexto: Infarto de cara inferior con hipotensión, pero con pulmones limpios (sin crepitantes).
 - Respuesta correcta: 3. Realizar un ECG con derivaciones derechas y, si se confirma infarto de VD, administrar fluidos IV y evitar nitratos.
 - Explicación: En el infarto de VD, el paciente depende de la precarga. Los nitratos y diuréticos pueden causar una caída severa del gasto cardíaco, por lo que el tratamiento inicial es la expansión de volumen.
-

122. Respecto a la contracción global y segmentaria del ventrículo izquierdo, señale la respuesta CORRECTA:

1. Ante un paciente que ingresa por insuficiencia cardíaca y vemos en el estudio ecocardiográfico que presenta una miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular y un aneurisma apical (con la pared adelgazada e hiperecogénica), debemos pensar en un infarto agudo de la descendente anterior (DA) y activar código infarto para un cateterismo urgente.
2. El diagnóstico de la miocardiopatía por estrés (Tako-Tsubo) es posible a partir del electrocardiograma y la ecocardiografía (discinesia/hipocinesia severa de todos los segmentos apicales del ventrículo izquierdo con contractilidad preservada de los segmentos basales).
3. Los trombos intraventriculares los veremos con más frecuencia adheridos a los segmentos del ventrículo izquierdo que mejor contracción presentan.
4. En la miocardiopatía arritmogénica no veremos afectada ni en la ecocardiografía ni en la resonancia cardíaca la contractilidad segmentaria del ventrículo izquierdo.

Pregunta 122: Imagen Cardíaca (Tako-Tsubo)

- Respuesta correcta: 2. El diagnóstico de la miocardiopatía por estrés (Tako-Tsubo) es posible a partir del electrocardiograma y la ecocardiografía (discinesia/hipocinesia severa de todos los segmentos apicales del ventrículo izquierdo con contractilidad preservada de los segmentos basales).
- Explicación: La imagen típica de "ánfora" o abombamiento apical con base hipercontráctil en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva define el síndrome de Tako-Tsubo.

123. ¿Cuál de estos signos o síntomas NO sugiere taponamiento en presencia de derrame pericárdico severo sin otra patología?:

1. Hipotensión arterial refractaria a fluidoterapia intensiva.
2. Variación de velocidades de llenado mitral y tricúspide menor del 25% con la inspiración.
3. Colapso de aurícula derecha y ventrículo derecho en diástole.
4. Situación de parada cardiorrespiratoria con actividad eléctrica sin pulso.

Pregunta 123 (Signos de Taponamiento)

- Análisis: ¿Qué signo NO sugiere taponamiento pericárdico?
- Fisiopatología: El taponamiento se caracteriza por una variación respiratoria significativa (>25%) en los flujos valvulares. Una variación menor del 25% iría en contra del diagnóstico.

- Respuesta Correcta: 2. Variación de velocidades de llenado mitral y tricúspide menor del 25% con la inspiración.
-

124. Respecto a la miocardiopatía hipertrófica, ¿cuál es la respuesta CORRECTA?:

1. Para hacer un diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica, no es necesario excluir otras causas cardíacas o sistémicas de sobrecarga del ventrículo izquierdo (hipertensión arterial, estenosis aórtica, enfermedades infiltrativas, etc..).
2. La obstrucción a nivel del tracto de salida del ventrículo izquierdo es típica, pero también la podemos encontrar en pacientes con hipertrofia por otro motivo, en el contexto de algún factor desencadenante como deshidratación o estados hiperdinámicos.
3. El patrón de realce con gadolinio en la resonancia cardíaca típicamente es en anillo subendocárdico.
4. La insuficiencia mitral que vemos característicamente en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva suele ser central por dilatación del anillo.

Pregunta 124 (Miocardiopatía Hipertrófica - Correcta)

- Análisis: Afirmación verdadera sobre la miocardiopatía hipertrófica (MCH).
 - Clínica: La obstrucción del tracto de salida es dinámica y puede aparecer en pacientes con hipertrofia por otras causas (como HTA severa) en situaciones de deshidratación. El diagnóstico de MCH *requiere* excluir otras causas de hipertrofia.
 - Respuesta Correcta: 2. La obstrucción... también la podemos encontrar en pacientes con hipertrofia por otro motivo, en el contexto de algún factor desencadenante....
-

140. Varón de 55 años que tuvo un síndrome coronario agudo hace un año. Acude a consulta de su médico de atención primaria para hacer una revisión, encontrándose asintomático. Su presión arterial es de 135/85 mmHg, sus niveles de colesterol-LDL son de 100 mg/dL. En relación con la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, ¿es necesario hacer algún ajuste terapéutico?:

1. Hay que optimizar el tratamiento antihipertensivo porque los niveles de presión arterial están por encima de los niveles objetivo.
2. Hay que optimizar el tratamiento hipolipemiente porque los niveles de colesterol-LDL están por encima de los niveles objetivo.
3. Tanto los niveles de presión arterial como los niveles de colesterol-LDL se encuentran dentro del rango objetivo.
4. Hay que optimizar el tratamiento de la presión arterial y el tratamiento hipolipemiente.

Pregunta 140 (Prevención Secundaria)

- Análisis: Varón de 55 años post-SCA hace un año. PA 135/85 y LDL 100.
 - Objetivos: En prevención secundaria, los objetivos son muy estrictos: LDL < 55 mg/dL y PA < 130/80 mmHg. Este paciente está fuera de ambos objetivos.
 - Respuesta Correcta: 4. Hay que optimizar el tratamiento de la presión arterial y el tratamiento hipolipemiante.
-

156. ¿Cómo se define actualmente la hipertensión pulmonar?:

1. Presión media en arteria pulmonar en reposo medida por cateterismo cardíaco > 20 mmHg.
2. Presión media en arteria pulmonar en reposo medida por cateterismo cardíaco > 25 mmHg.
3. Presión sistólica en arteria pulmonar en reposo medida por ecocardiografía > 25 mmHg.
4. Presión sistólica en arteria pulmonar en reposo medida por cateterismo cardíaco > 20 mmHg.

Pregunta 56. Definición de Hipertensión Pulmonar (HP)

Respuesta correcta: 1

Presión media en arteria pulmonar (PAPm) en reposo medida por cateterismo cardíaco >20 mmHg.

Razonamiento: Tradicionalmente, el umbral era de >25 mmHg. Sin embargo, tras las guías de la **ESC/ERS de 2022**, la definición cambió. Ahora se considera hipertensión pulmonar cuando la PAPm es **superior a 20 mmHg** en reposo. Es fundamental recordar que el diagnóstico de certeza **siempre** debe realizarse mediante un cateterismo cardíaco derecho (estudio hemodinámico), no solo por ecocardiografía (que solo da una estimación).

157. ¿En qué casos debe priorizarse la indicación de tratamiento con CPAP para la apnea obstructiva del sueño (AOS)?:

1. Pacientes con índice de apneas-hipopneas (IAH) ≥ 5 eventos/hora sin síntomas ni comorbilidades.
2. Todo paciente con AOS independientemente de la clínica o las comorbilidades.
3. Pacientes con IAH ≥ 30 eventos/hora asintomáticos.
4. Pacientes con IAH ≥ 15 eventos/hora y somnolencia diurna (Epworth > 10 puntos).

Pregunta 157. Indicación de CPAP en Apnea Obstructiva del Sueño (AOS)

Respuesta correcta: 4 *Pacientes con índice de apneas-hipopneas (IAH) ≥ 15 eventos/hora y somnolencia diurna (Epworth > 10 puntos).*

Razonamiento: El tratamiento con CPAP no se aplica a todo el mundo por igual; se prioriza donde hay **evidencia de beneficio clínico o riesgo cardiovascular**.

IAH ≥ 15 + Síntomas: Es la indicación clara. Si el paciente tiene una afectación moderada de su calidad de vida (somnolencia medida por la escala de Epworth), la CPAP mejora significativamente su día a día.

IAH ≥ 30 : También se suele tratar, aunque sean asintomáticos por el riesgo cardiovascular a largo plazo, pero la opción 4 describe el escenario clínico donde la indicación es más prioritaria para resolver la clínica del paciente.

186. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta al comparar el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico de la obesidad según las guías clínicas actuales?:

1. El tratamiento farmacológico logra una pérdida de peso superior al tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad grave.
2. La cirugía bariátrica está indicada únicamente en pacientes con obesidad grado I sin comorbilidades.
3. El tratamiento farmacológico es más eficaz que la cirugía para mejorar la diabetes tipo 2 en pacientes con obesidad.
4. La cirugía bariátrica logra mayores reducciones de peso y mejoría de comorbilidades que el tratamiento farmacológico en obesidad grave.

Pregunta 186 (Obesidad y tratamiento)

Respuesta Correcta: 4. Ningún fármaco logra resultados superiores a la cirugía bariátrica a fecha actual y sobre todo en casos de obesidad grave.

187. Paciente de 58 años con diagnóstico de diabetes tipo 2, HbA1c de 8,2 %, IMC de 33 kg/m², antecedentes de infarto agudo de miocardio y Filtrado glomerular estudiado de 52 ml/min/1.73m², que actualmente recibe tratamiento con metformina. ¿Cuál sería el medicamento más apropiado para añadir a su terapia?:

1. Insulina basal.
2. Pioglitazona.
3. Inhibidor de DPP-4 (sitagliptina).
4. Inhibidor de SGLT2 (empaglifozina).

Pregunta 187: Diabetes e infarto antiguo.

- Respuesta Correcta: 4 (Inhibidor de SGLT2 - empaglifozina)
 - Contestación Razonada:
 - El manejo de la diabetes tipo 2 ha evolucionado de un enfoque centrado exclusivamente en el control glucémico (HbA1c) a uno basado en el riesgo cardiovascular y renal del paciente. La empaglifozina es la opción más completa al abordar simultáneamente el control glucémico, la protección cardiovascular post-infarto, la nefroprotección y el exceso de peso.
-

192. ¿Cuál es el mejor marcador bioquímico de función renal en la práctica clínica habitual?:

1. La Urea plasmática.
2. La Creatinina plasmática.
3. El Potasio sérico.
4. El filtrado glomerular estimado.

Pregunta 192: Marcador de función renal.

- Respuesta Correcta: 4. Pregunta básica y esencial en el día a día de cualquier médico, y por supuesto de un cardiólogo. No se puede fallar → FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO.
-

194. Un paciente de 62 años con diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina, enalapril a dosis máximas toleradas y 10 mg diarios de empagliflozina, mantiene un buen control tensional (130/78 mmHg) y una HbA1c de 6.3 %. A pesar de ello, persiste una albuminuria con un cociente albúmina/creatinina de 160 mg/g. Su tasa de filtrado glomerular es de 65 ml/min/1.73m² y su potasio sérico es de 4.4 mEq/L. ¿Cuál sería la siguiente medida terapéutica más adecuada para reducir la progresión de su enfermedad renal diabética?:

1. Sustituir el enalapril por un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II).
2. Añadir un agonista del receptor de GLP-1.
3. Añadir finerenona (antagonista no esteroideo del receptor mineralcorticoide).
4. Aumentar la dosis de empaglifocina.

Pregunta 194: Papel de FINERENONA.

- Respuesta Correcta: 3. Pregunta muy actual y que también es de importante conocer.
-

197. Paciente de 88 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Cardiopatía Isquémica Crónica que acude a urgencias por disnea de aparición súbita, con ortopnea, disnea paroxística nocturna y edemas en miembros inferiores hasta raíz de muslo. En el triage de urgencias tiene unas cifras de presión arterial de 190/70, una frecuencia cardíaca de 123 latidos por minuto y una saturación capilar de oxígeno del 89%. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas NO está indicada de inicio en el manejo de este paciente?:

1. Oxigenoterapia.
2. Nitroglicerina intravenosa.
3. Morfina intravenosa.
4. Diuréticos intravenosos.

Pregunta 197: Manejo Inicial de la Insuficiencia Cardíaca Aguda (EAP)

- Caso Clínico: Paciente muy anciano (88 años) con antecedentes cardiovasculares, disnea súbita, signos claros de congestión (ortopnea, edemas), hipertensión severa (190/70) e hipoxemia (89%).
- Análisis del Profesor: Este paciente presenta un perfil de insuficiencia cardíaca aguda "hipertensiva". El objetivo es reducir la precarga y la poscarga y mejorar la oxigenación.
 1. Oxigenoterapia: INDICADA. Con una saturación del 89%, es obligatoria para mantener niveles por encima del 90-92%.
 2. Nitroglicerina IV: INDICADA. Es el fármaco de elección cuando hay congestión y cifras tensionales altas (TAS > 110 mmHg), ya que produce venodilatación y vasodilatación arterial.
 3. Morfina IV: NO INDICADA (Respuesta Correcta). Esta es una de las "perlas" más importantes de las últimas guías de la ESC (Sociedad Europea de Cardiología). Aunque tradicionalmente se usaba para la disnea, estudios recientes han demostrado que la morfina en el fallo cardíaco agudo se asocia a un mayor riesgo de necesidad de ventilación mecánica, eventos adversos y mortalidad. No se recomienda de forma rutinaria.
 4. Diuréticos IV: INDICADOS. La furosemida es fundamental para tratar la sobrecarga de volumen (edemas, ortopnea).
- Respuesta Correcta: 3. Morfina intravenosa.

202. Respecto a la Trombosis Venosa Profunda, señale lo correcto:

1. Tras la sospecha clínica, el diagnóstico suele realizarse mediante ecografía doppler.
2. Los pacientes con factores de riesgo o trombosis venosas de repetición suelen precisar anticoagulación durante 12 meses.
3. Por norma general, la anticoagulación se suele mantener durante 3 semanas.
4. La tasa de recidiva es del 60%.

Pregunta 202: Diagnóstico y Manejo de la TVP

- Contexto clínico: La pregunta evalúa conocimientos generales sobre el estándar de diagnóstico, el tiempo de tratamiento y la epidemiología de la TVP.
 - Análisis de las opciones:
 1. Tras la sospecha clínica, el diagnóstico suele realizarse mediante ecografía doppler (CORRECTA): La ecografía de compresión (o Eco-Doppler) es la prueba de imagen de elección inicial debido a su alta sensibilidad y especificidad (superior al 90% en venas proximales), su carácter no invasivo y su disponibilidad.
 2. Anticoagulación durante 12 meses: Por norma general, en un primer episodio de TVP con factor de riesgo transitorio (cirugía, viaje largo), el tratamiento estándar son 3 meses. En casos de recidiva o factores de riesgo persistentes (cáncer, trombofilia grave), la anticoagulación suele ser de duración indefinida, no necesariamente "12 meses" como cifra cerrada.
 3. Anticoagulación durante 3 semanas: Es un tiempo insuficiente. Tres semanas es la fase de "anticoagulación intensiva" inicial para algunos fármacos, pero el tratamiento completo para evitar la recidiva y el síndrome postrombótico requiere al menos 3 meses.
 4. Tasa de recidiva del 60%: Es una cifra excesivamente alta y alarmista. Sin tratamiento, el riesgo es alto, pero con una anticoagulación adecuada, la tasa de recidiva es significativamente menor (inferior al 5-10% en el primer año).
 - Respuesta Correcta: 1. Tras la sospecha clínica, el diagnóstico suele realizarse mediante ecografía doppler.
-

Eso es todo, espero que os haya sido de ayuda. 30 preguntas... no está nada mal: 15% del examen MIR.

Dr. Fernando de la Guía

Cardiólogo