

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS DE RESPUESTA MULTIPLE PARA LA FASE DE OPOSICIÓN DEL PROCESO SELECTIVO CORRESPONDIENTE A LA CATEGORÍA DE FACULTATIVO/A ESPECIALISTA DE ÁREA, ESPECIALIDAD ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, CONVOCADA POR RESOLUCIÓN DE 3 DE ABRIL DE 2018 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.

-----000ooo000-----

- 1.- De conformidad con lo establecido en el artículo 29.2 de la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura, señale la respuesta CORRECTA en relación con la representación equilibrada de hombres y mujeres en la composición de los órganos colegiados de la Comunidad Autónoma de Extremadura:
 - a. En el cómputo se incluirán aquellas personas que formen parte en función del cargo específico que desempeñen.
 - b. Del cómputo se excluirán los representantes de organizaciones sin ánimo de lucro.
 - c. Del cómputo se excluirán el presidente y secretario del órgano colegiado.
 - d. Del cómputo se excluirán aquellas personas que formen parte en función del cargo específico que desempeñen.

- 2.- Según el Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), el artículo 19 define como deberes del personal sanitario estatutario los siguientes, ¿cuál es INCORRECTO?:
 - a. Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
 - b. Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.
 - c. Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento, y colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo.
 - d. A prestar asistencia y protección a las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

- 3.- ¿Cuál de las siguientes NO es una función del Facultativo Especialista de Angiología y Cirugía Vascular?:
 - a. Rellenar documentos necesarios para la asistencia (ingresos, informes, historia clínica) y elaborar protocolos
 - b. Participar en el funcionamiento de la Unidad: reuniones organizativas, planteamiento de problemas y posibles soluciones, objetivos y su análisis (estancia media, índice de ocupación), y revisión de los estándares alcanzados (supervivencia, índice de necropsias).
 - c. Colaborar en la elaboración del plan de necesidades para alcanzar los objetivos
 - d. Realizar la memoria de actividad anual de la Unidad

4.- Dentro del algoritmo general de clasificación de las familias de los GRD'S (grupos relacionados con el diagnóstico), aquella que engloba los diagnósticos relativos al aparato circulatorio ¿se denomina?:

- a. CDM 2.
- b. CDM 5.
- c. CDM 8.
- d. CDM 10.

5.- La gestión por procesos implica?, señale la CORRECTA:

- a. La organización por servicios.
- b. La organización diferenciada médicos-enfermería.
- c. La organización horizontal, sin seguir el modelo clásico de servicios, categorías, jefaturas, etc.
- d. Poner en marcha protocolos e implantar guías de práctica clínica.

6.- ¿Cual de las siguientes respuestas es la CORRECTA a cerca del índice de estancia media ajustada o razón de funcionamiento estándar, conocido como IEMA?:

- a. Es la estancia media (EM) esperada en un servicio o unidad si hubiera tratado a sus pacientes con las EM para cada GDR del estándar.
- b. Es el cociente entre la estancia del servicio con los casos del propio servicio y la estancia del estándar con los casos del servicio en cuestión.
- c. Si el valor obtenido es superior al de la EM del estándar traduce que dicho servicio tiene casuística mas compleja, si se valora la complejidad según los días de hospitalización.
- d. Se calcula al dividir la estancia media ajustada a la casuística o EMAC por la EM.

7.- Un numero relevante de lesiones ateroscleróticas sufren una complicación evolutiva dando lugar a diversos síndromes. Está complicación viene relacionada en muchos casos por la trombosis arterial que acontece. De las siguientes aseveraciones una de ellas es FALSA en relación con la evolución de la placa, señálela:

- a. Las lesiones de alto grado estenótico tienen siempre un riesgo trombótico muy elevado frente a las placas de bajo grado que no asocian tal eventualidad.
- b. Cuando el núcleo lipídico central es superior al 40% del área total del vaso tenemos una placa vulnerable y potencialmente complicable.
- c. La unión del CD40 aumenta la producción de MMPs, citoquinas y factor tisular, lo que degrada la cápside fibrosa del núcleo lipídico y complica su evolución.
- d. Los factores mecánicos intravasculares condicionan un adelgazamiento y fatiga de la capsula fibrosa con un alto riesgo de fractura del mismo.

8.- Según la Guía ESC 2017, ¿cuál de las siguientes recomendaciones tiene un nivel de evidencia IA en cuanto al tratamiento de la enfermedad arterial periférica:

- a. El abandono del hábito tabáquico.
- b. La reducción del c-LDL a < 70 mg/dl o $>50\%$ de los valores basales del paciente.
- c. El tratamiento con estatinas para todo paciente con EAP.
- d. El tratamiento con IECA o ARA II como tratamiento de primera línea en los pacientes con EAP e hipertensión arterial.

- 9.- Según la GUIA CONSENSO EAP 2012, la Diabetes Mellitus es un factor de riesgo de primera línea en la arteriopatía periférica y su relación se establece a través de los siguientes supuestos, señale el FALSO:
- a. La resistencia a la insulina aun sin criterios analíticos de diabetes aumenta en un 40-50% el riesgo de EAP.
 - b. Por cada aumento del 1% de la Hgb glicosilada disminuirá el riesgo de EAP en un 25%.
 - c. La presencia de diabetes incrementa de dos a cuatro veces el riesgo de claudicación intermitente.
 - d. Los pacientes con cifras de Hgb glicosilada > 7.5% tienen un riesgo cinco veces superior de EAP.
- 10.- ¿El elemento MENOS importante en la fisiopatología de la formación de la placa de ateroma es?:
- a. La pérdida de células endoteliales.
 - b. La fagocitación de lípidos por los macrófagos.
 - c. La proliferación de células musculares lisas.
 - d. La migración de macrófagos.
- 11.- Cuando se realiza una Linfogammagrafía para el diagnóstico de Linfedema, se considera patológica la captación en los ganglios linfáticos inguinales a partir de:
- a. Más de 45 minutos.
 - b. Más de 15 minutos.
 - c. Más de 30 minutos.
 - d. Más de 60 minutos.
- 12.- Señale la respuesta FALSA respecto a la fisiopatología de la insuficiencia venosa crónica:
- a. La lesión primaria es la extravasación de eritrocitos y fibrinógeno como consecuencia de la hipertensión venosa.
 - b. El reclutamiento de leucocitos se lleva a cabo mediado por la molécula de adhesión intercelular ICAM-1.
 - c. El manguito de fibrina perivascular organizado actúa como barrera de nutrientes y oxígeno hacia la matriz extracelular.
 - d. El TGF- β es la principal citoquina implicada en la insuficiencia venosa crónica y aumenta con la gravedad de la enfermedad.
- 13.- Respecto a la anatomía de la arteria subclavia, señale la opción INCORRECTA:
- a. Sus ramas son a. vertebral, torácica interna, tiro-cervical, costo-cervical y escapular dorsal.
 - b. Discurre junto a la vena subclavia dorsal a los músculos escalenos anteriores.
 - c. El control vascular proximal de a. subclavia izquierda se consigue mejor mediante toracotomía lateral.
 - d. En el 1% de la población la a. subclavia derecha nace en el lado izquierdo del mediastino.

14.- Señale la respuesta CORRECTA en relación con la acreditación para la dirección de una instalación de rayos X:

- a. Es personal, intransferible, válida por 5 años y la concede el CSN a personas que hayan superado el curso homologado y tengan titulación superior.
- b. Es personal, intransferible, indefinida y la concede el CSN a personas que hayan superado el curso homologado y tengan titulación de médico, odontólogo, veterinario, o las contempladas en el RD 1132/1990.
- c. Es personal, intransferible, válida por 3 años y la concede el CSN a personas que hayan superado el curso homologado y tengan titulación de médico, odontólogo, veterinario o las contempladas en el RD 1132/1990.
- d. Es personal, intransferible, válida por 3 años y la concede el CNS a personas que hayan superado el curso homologado y tengan titulación superior.

15.- De los siguientes stents para tratamiento endovascular del síndrome de vena cava superior, ¿cuál sufre mayor acortamiento en relación con su calibre y es más propenso a migrar?:

- a. Palmaz stent.
- b. Gianturco z-stent.
- c. Wallstent.
- d. SMART stent.

16.- Según el índice de riesgo cardiovascular revisado (RCRI) de Lee 1999, incluido en las guías clínicas ACC / AHA, ¿cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo independiente para las complicaciones cardíacas postoperatorias?:

- a. Enfermedad cerebrovascular.
- b. Diabetes insulino dependiente.
- c. Hipercolesterolemia.
- d. Insuficiencia renal crónica (creatinina preoperatoria ≥ 177 mmol /L).

17.- En referencia al índice de riesgo de complicaciones respiratorias postoperatorias (Canet 2010), de los factores referidos ¿cuál tiene menos peso?:

- a. Edad 51-80 años.
- b. SPO2 % 91-95.
- c. Anemia preoperatoria (hgb ≤ 10 g/dl).
- d. Duración de la cirugía menor de 2h.

18.- Respecto a la elevación de Troponina T ultrasensible en el postoperatorio de cirugía vascular, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Su incremento en los primeros tres días postoperatorios se asocia con una alta mortalidad a los 5 años.
- b. Existe relación entre el nivel patológico detectado en los primeros tres días postoperatorios y la mortalidad a 30 días.
- c. Deben serse rutinariamente en el postoperatorio de pacientes de alto riesgo cardiovascular.

- d. La no determinación postoperatoria rutinaria impide la detección de hasta el 66% de isquemias miocárdicas en pacientes de cirugía vascular.

19.- En relación con las posibles complicaciones del tratamiento endovascular del sector carotídeo, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es VERDADERA?:

- a. La disección de la arteria carótida se produce en un 10% de los casos.
- b. La hemorragia intracerebral puede acontecer en < 1% de los pacientes.
- c. El síndrome de hiperperfusión cerebral se aprecia en >10% de los casos.
- d. La trombosis del eje carotídeo tanto en su segmento intra como extracraneal se observa en el 25% de los casos.

20.- Todos los siguientes factores de riesgo se asocian con una mayor incidencia de fístula arterio-venosa tras un procedimiento endovascular excepto uno, indique cuál:

- a. Hipertensión arterial.
- b. Sexo masculino.
- c. Anticoagulación .
- d. Punción a través de la ingle izquierda.

21.- La trombosis de rama tras la implantación de una endoprótesis aorto bi-iliaca para la exclusión de un aneurisma aórtico abdominal es una complicación relativamente frecuente. Indique cuál de los siguientes supuestos es FALSO:

- a. Suele diagnosticarse en los primeros seis meses tras el procedimiento EVAR.
- b. Clínicamente puede ocasionar en el 31-61% de los casos una claudicación no invalidante en extremidades inferiores.
- c. Ocupa el tercer lugar como complicación del procedimiento endovascular, después de la endofuga y la migración.
- d. El mecanismo etiopatogénico implicado es la hiperplasia intimal.

22.- Respecto a la utilización de Stents en una isquemia aguda trombótica en la arteria femoral superficial; señale la INCORRECTA:

- a. Ofrece resultados óptimos y duraderos en los pacientes con lesiones tipo A y B de la clasificación TASC.
- b. Los resultados a largo plazo en términos de permeabilidad de los stent recubiertos de > 15 cm de longitud en la arteria femoral superficial son buenos
- c. El abordaje e implantación de un stent vía ipsilateral en el tercio medio de la arteria femoral superficial por estenosis / oclusión < 5 cm es correcto.
- d. No estaría indicada la implantación de un stent cubierto en una isquemia aguda por embolia y estenosis < del 10% en el tercio superior de la arteria femoral superficial.

23.- Fisipatologicamente cuando se produce una isquemia aguda por embolia, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. La relativa tolerancia del músculo a la isquemia se debe a su alta tasa metabólica en reposo y a sus bajas reservas de glucógeno.
- b. La piel y tejido celular subcutáneo son relativamente resistentes a la isquemia prolongada.
- c. Los nervios periféricos son muy vulnerables después de las tres horas.

d. El territorio isquémico es proporcional al calibre de la arteria ocluida.

24.- Respecto a la isquemia aguda, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?:

- a. Se ha demostrado que el tratamiento trombolítico con activadores del plasminógeno reduce la morbilidad y la mortalidad en comparación con la revascularización quirúrgica inmediata.
- b. En los últimos años ha descendido la popularidad de la trombectomía mecánica.
- c. La revascularización quirúrgica abierta inmediata es una técnica sencilla con baja morbi-mortalidad.
- d. Las complicaciones renales son las más frecuentes en este tipo de pacientes.

25.- Respecto a la enfermedad oclusiva aorto-iliaca, señale la opción FALSA:

- a. El Síndrome de aorta hipoplásica es más frecuente en hombres jóvenes fumadores.
- b. La aorta pequeña ocurre en 5-10% pacientes y el diámetro aorta infrarenal oscila entre 10-13 mm.
- c. El Síndrome de Leriche asocia claudicación en MMII, disfunción sexual en el varón y reducción pulsos femorales.
- d. Las vías de circulación colateral comprenden circuitos viscerales y parietales.

26.- De las siguientes complicaciones en el postoperatorio reciente de by-pass aortobifemoral, señale la más frecuente:

- a. Lesión ureteral.
- b. Disfunción sexual.
- c. Isquemia medular.
- d. Complicaciones inguinales.

27.- Según la clasificación TASC II, ¿Qué características de las lesiones aorto-iliacas corresponden al tipo C?:

- a. Estenosis bilateral de a. iliaca externa 3-10 cm sin afectar a. femoral común.
- b. Oclusión unilateral de a. iliaca común.
- c. Oclusión unilateral de a. iliaca común y externa.
- d. Estenosis múltiple 3-10 cm de a. iliaca externa sin afectar a.femoral común.

28.- En Lo que a las derivaciones fémoro-políteas proximales a la rodilla se refiere, señale la respuesta verdadera:

- a. Siempre está indicado realizarlo con vena safena invertida.
- b. Siempre está indicado realizarlo con prótesis de PTFE.
- c. Los realizados con ambas anastomosis en posición término-terminal tienen una mayor tasa de amputación, cuando se ocluyen, que los realizados con anastomosis término- lateral.
- d. Los realizados con sutura de PTFE tienen mayor permeabilidad a largo plazo que los realizados con sutura de polipropileno.

29.- Respecto a la utilización de la vena safena como conducto para la revascularización del sector fémoro-poplíteo, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Se debe seleccionar mediante Ecodoppler preoperatorio con la técnica de Beblea.
- b. No se deben usar venas safenas menores de 3mm de calibre.
- c. Se debe hacer la extracción mediante incisión única.
- d. La implantación invertida o in situ, de similares resultados, depende de la elección del cirujano.

30.- ¿Cuál es la definición del término "arteria poplítea suspendida o aislada"?, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Segmento permeable de arteria poplítea de 2 cm de longitud sin continuidad a ejes distales.
- b. Segmento permeable de arteria poplítea de 5 cm de longitud sin continuidad a ejes distales y con arterias geniculares visibles.
- c. Segmento permeable de arteria poplítea de 3 cm de longitud sin continuidad a ejes distales y con una arteria genicular visible.
- d. Segmento permeable de arteria poplítea de 7cm de longitud sin continuidad a ejes distales y con una arteria genicular visible.

31.- En la estratificación morfológica de las lesiones del sector femoro-poplíteo de la TASC II (Transatlantic Intersociety Consensus), señale a qué tipo se corresponde la siguiente lesión: "Lesiones únicas o múltiples en ausencia de continuidad con vasos distales para mejorar el flujo de entrada para un bypass distal".

- a. Tipo A.
- b. Tipo B.
- c. Tipo C.
- d. Tipo D.

32.- ¿A que estadio de la clasificación WIFI (Wound Isquemic Foot Infection) correspondería un paciente que consulta por una lesión cutánea superficial < 1 cm sin signos de infección y un índice tobillo/brazo < 0,40?:

- a. W2 I2 Fi3.
- b. W1 I3 Fi2.
- c. W1 I4 Fi 1.
- d. W3 I1 Fi 2.

33.- Según la Guía ESC 2017, En los pacientes que presentan una isquemia crítica de miembros inferiores con lesiones oclusivas infrainguinales, ¿cuál de los siguientes supuestos tiene un nivel de evidencia IA?:

- a. Está indicada la cirugía de by-pass con injerto de vena safena mayor.
- b. Se deben tratar siempre las lesiones existentes con cirugía endovascular.
- c. La terapia de doble tratamiento antiagregante se aplicará siempre después de cualquier procedimiento terapéutico de manera indefinida.
- d. El neuroestimulador podría indicarse en los casos de lesiones tróficas extensas.

- 34.- El tratamiento con prostanoideos en la isquemia crítica, esta indicado por todos los siguientes aspectos a excepción de uno de ellos, señálelo:
- Promueven la cicatrización de las lesiones tróficas.
 - Reducen la tasa de amputación mayor.
 - No consiguen aumentar la supervivencia libre de amputación.
 - Potencian agregación plaquetaria y estimulación leucocitaria.
- 35.- Considerando el tratamiento de la fuente ateroembolígena en la patología ateroembólica, señale la respuesta CORRECTA:
- El tratamiento será siempre quirúrgico con sustitución de la zona embolígena.
 - El tratamiento será solo médico-farmacológico.
 - EL tratamiento farmacológico es la mejor alternativa, si se asocia al tratamiento endovascular.
 - La mejor opción dependerá del riesgo quirúrgico, del tipo de lesión y de su localización.
- 36.- Con respecto a los Cristales de Colesterol, en las ateroembolias, señale la respuesta falsa:
- Los cristales de colesterol son muy pesados e hidrófilos, viajando rápidamente por los vasos sanguíneos hasta detenerse al final de la circulación arterial.
 - Los cristales de colesterol son blancos y su diámetro oscila entre 250 y menos de 10^5 micras.
 - En los cortes por congelación los cristales de colesterol se tiñen de color azul- verdoso con las técnicas histoquímicas.
 - En los cortes incluidos en parafina, los cristales de colesterol se disuelven, dejando hendiduras aciculares.
- 37.- La clasificación de las anomalías vasculares en tumores y malformaciones vasculares, con diferentes subgrupos, obedece a la clasificación denominada:
- Clasificación de Mulliken y Glowacki.
 - Clasificación de la ISSVA.
 - Clasificación de Hamburgo
 - Clasificación de Waner y Sue.
- 38.- En relación con el síndrome compartimental agudo de extremidades, ¿Qué hallazgo recomienda por sí solo la realización de fasciotomía?:
- P. compartimental absoluta $>40-45$ mmHg.
 - P compartimental > 30 mm Hg durante 3 horas.
 - P. compartimental próxima a 12 mm Hg de la PA diastólica.
 - Pulsos distales y pérdida de flujo bifásico en venas tibiales.

- 39.- En relación al síndrome compartimental abdominal en pacientes con patología vascular, señale la respuesta CORRECTA:
- La presión intrabdominal (PIA) normal en decúbito supino y en condiciones de reposo es parecido a 10-12 mm Hg.
 - Se caracteriza por un abdomen tenso, taquicardia, hipertensión arterial, disfunción respiratoria y oliguria.
 - La PIA > 12 mm Hg constituye diagnóstico de hipertensión intra-abdominal.
 - La PIA de 12-15 mm Hg se considera suficiente indicador para la realización de descompresión abdominal.
- 40.- Para la confirmación diagnóstica de Síndrome compartimental crónico de extremidades inferiores se realiza la medición de presión intracompartimental (PIC), se confirmará el diagnóstico si:
- PIC en reposo > 15 mm Hg.
 - PIC >30 mm Hg 1-2 minutos tras finalizar el ejercicio.
 - PIC >20 mm Hg 5 minutos tras finalizar ejercicio.
 - Todas son correctas.
- 41.- ¿Qué porcentaje de pacientes diabéticos amputados tiene riesgo de sufrir una amputación contralateral a los 5 años?:
- Menos del 10%.
 - Entre el 70-80%.
 - Entre el 15-35%.
 - Más del 80%.
- 42.- Según el Documento de Consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie diabético (Blanes 2012), Señale la respuesta CORRECTA en relación con la toma de muestras para el diagnóstico bacteriológico de la infección en el pie diabético:
- La muestra ideal es la biopsia de tejido profundo.
 - La muestra con torunda debe hacerse sin presionar el fondo de la úlcera.
 - El raspado es más eficiente para la obtención de muestras en estos Casos.
 - La aspiración es la técnica más eficiente para la obtención de muestras en estos casos.
- 43.- Según el grupo internacional de trabajo del pie diabético (IWGDF), ¿cuál de los referidos NO es un criterio diagnóstico de confirmación o alta probabilidad de osteomielitis en el pie diabético?:
- Pus en el hueso en la exploración quirúrgica.
 - Desprendimiento atraumático de fragmentos óseos eliminados en una úlcera.
 - Destrucción cortical en Rx simple.
 - Hueso esponjoso visible en la úlcera.

- 44.- En la conferencia sobre la enfermedad de Takayasu de 1994 se establece una clasificación angiográfica. ¿A qué tipo de la mencionada clasificación correspondería la afectación de aorta ascendente, arco aórtico y troncos supraórticos?:
- Tipo I.
 - Tipo IIa
 - Tipo IIb.
 - Tipo III.
- 45.- Sólo uno de los siguientes criterios diagnósticos de la clasificación de Ishikawa (modificada según Sharma et al) para la arteritis de Takayasu es un criterio mayor, señálelo:
- Lesión de arterias coronarias diagnosticadas por arteriografía en paciente menor de 30 años sin factores de riesgo vascular.
 - Lesión proximal del tronco braquiocefálico.
 - Afectación de la subclavia izquierda proximal al origen de la arteria vertebral.
 - Lesión de la arteria pulmonar o sus ramas.
- 46.- ¿Cuál es el mecanismo que justifica la aparición de signos isquémicos severos de distribución distal en extremidades superiores e inferiores en un paciente que es tratado con derivado de comezuelo de centeno y fármacos retrovirales?, señálelo:
- Inhibición del CY450 (citocromo P450).
 - Activación del CY450.
 - Activación vía intrínseca de la coagulación.
 - Se potencia el efecto antiagregante por activación de la enzima fosfodiesterasa.
- 47.- En relación con los traumatismos vasculares, el abdomen se divide convencionalmente en cuatro regiones anatómicas, señale la CORRECTA:
- La zona uno comprende los vasos de la línea media y el vaso mas lesionado es la vena cava inferior.
 - La zona dos comprende el retroperitoneo pélvico y contiene los vasos ilíacos.
 - La zona cuatro comprende el retroperitoneo pélvico y contiene los vasos ilíacos.
 - La zona tres es la perihepática, que contiene la arteria hepática, vena porta, vena cava inferior retrohepática.
- 48.- Dentro de las alteraciones linfáticas, el Síndrome de Emberger se define como:
- Linfedema congénito.
 - Linfedema tardío uní ó bilateral en miembros inferiores y genitales.
 - Es una displasia linfática generalizada.
 - Linfedema tardío que se asocia a paladar hendido, defectos cardíacos e insuficiencia venosa crónica.

49.- Respecto a los traumatismos en el cuello, se acepta universalmente que, (señale la respuesta CORRECTA):

- a. Todos los pacientes con heridas penetrantes en las zonas I y III deben someterse a una arteriografía diagnóstica y a una posible intervención selectiva en base a los resultados.
- b. La exploración operatoria resulta obligatoria en los traumatismos penetrantes en zona II.
- c. El uso de la arteriografía en las lesiones en la zona II debe ser rutinario.
- d. Ninguna de las afirmaciones anteriores es cierta.

50.- Según la clasificación de Schatzker a cerca de las fracturas de la meseta tibial, ¿Cuál de las siguientes se asocia con mayor frecuencia a lesiones de arteria poplítea?

- a. Tipo II.
- b. Tipo III.
- c. Tipo IV.
- d. Tipo V.

51.- En referencia a la guía KDOQI, ¿cuál de los siguientes NO es un criterio de maduración del acceso vascular autólogo?:

- a. Vena eferente de 6 mmm de diámetro.
- b. Volumen de flujo de 600 ml/min.
- c. Profundidad de la vena de 6 mm respecto a la piel.
- d. Velocidad del flujo en vena eferente mayor a 200 cm/seg.

52.- Respecto a la arteritis post-radiación, señale la opción CORRECTA:

- a. Se trata de una secuela precoz de la radioterapia para una neoplasia Maligna.
- b. Existe afectación transmural arterial que dificulta la endarterectomía.
- c. Suelen presentar disposición focal.
- d. La tasa de complicaciones de herida quirúrgica es reducida.

53.- Respecto a las fistulas a-v yatrógenas, ¿cuál es la respuesta CORRECTA?:

- a. Suelen tener débitos entre 60-510 ml/min.
- b. Suelen tener débitos entre 600-800 ml/min.
- c. Suelen provocar sobrecarga cardiaca.
- d. Su tasa de cierre espontáneo es menor del 25%.

54.- Según Holman and Taylor, ¿cuál de las afirmaciones siguientes es CORRECTA a cerca de las características del flujo en una fistula a-v?:

- a. El Área de sección de la fistula menor o igual a 1,5 veces el diámetro de la arteria aferente mantiene el flujo en la arteria distal.
- b. El área de sección de la fistula mayor en tres veces al diámetro de la arteria aferente aumenta el flujo en la arteria eferente.
- c. El flujo en la arteria aferente aumenta diez veces si el calibre de la fistula es mayor de 1,5 veces el diámetro de la arteria proximal.
- d. El flujo en una fistula a-v traumática aguda provoca dilatación de la vena distal (posición anatómica).

- 55.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos no tiene indicación en el manejo de las fistulas a-v yatrógenas de extremidades?:
- Manejo conservador.
 - Compresión ecoguiada + inyección de trombina.
 - Embolización.
 - Stent cubierto.
- 56.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es FALSA en relación con el traumatismo cerrado de aorta torácica después de un politraumatismo por atropello?:
- La lesión aórtica constituye la segunda causa de muerte después del traumatismo craneoencefálico.
 - En estudios de autopsia realizado en pacientes que fallecen en el lugar del accidente, se estima una incidencia de desgarro aórtico del 13-20%.
 - La tasa de mortalidad antes de llegar al centro hospitalario es 80-90%.
 - La localización más frecuente de afectación es la raíz aórtica, en la proximidad del seno coronario izquierdo.
- 57.- ¿Cuál sería el mecanismo etiopatogénico implicado en la lesión de la aorta torácica después de un traumatismo torácico cerrado asociado al accidente de tráfico?:
- Fuerzas hidrostáticas relacionadas con un impacto de alta velocidad.
 - Aplastamiento.
 - Perforación.
 - Contusión.
- 58.- ¿Cuál es la incidencia del traumatismo vascular abdominal en relación a todos los traumatismos vasculares?:
- 40%.
 - 10%.
 - 25%.
 - 80%.
- 59.- ¿El germen gram negativo con mayor tendencia a la producción de Aortitis Infecciosa en la actualidad es?:
- Salmonella ssp.
 - Escherichia Coli.
 - Candida Albicans.
 - Acinetobacter baumannii.
- 60.- ¿Cuál NO es una contraindicación relativa para la implantación de un dispositivo HeRO como acceso vascular en casos de estenosis de vena cava superior?:
- Arteria braquial menor de 5 mm.
 - Presión arterial sistólica menor de 100 mmHg.
 - Infección activa.
 - Fracción de eyección menor del 20%.

61.- Según el Tratado de las Enfermedades Vasculares, señale la respuesta FALSA con respecto a los Aneurismas Tóraco-abdominales:

- a. Constituyen entre el 2% y el 5% de los aneurismas degenerativos.
- b. El 20% de los casos el aneurisma es la secuela de una disección aórtica crónica.
- c. En su etiología intervienen la hipertensión y el tabaquismo.
- d. En el 20% de los casos la etiología es infecciosa.

62.- Respecto a los aneurismas tóraco-abdominales, señale la opción INCORRECTA:

- a. El segmento de aorta torácica descendente es el que presenta mayor porcentaje (35%) de afectación.
- b. La media de edad se encuentra en 65 años con ratio hombre 1,7: mujer 1.
- c. La etiología más prevalente es degenerativa, seguido de disecciones.
- d. El tipo II de Crawford es aquel que afecta aorta descendente completa y aorta paravisceral.

63.- En cuanto al tratamiento quirúrgico abierto de los aneurismas toraco-abdominales, indique la opción INCORRECTA:

- a. La reparación del tipo III Crawford es el que comporta mayor riesgo de paraplejia.
- b. El tipo Crawford I ó II requiere incisión entre 5º-6º espacio intercostal.
- c. Las arterias viscerales se anastomosan con la técnica de parche de Carrel.
- d. El nitroprusiato e hidralazina alteran el flujo sanguíneo en médula espinal.

64.- En cuanto al tratamiento endovascular de los aneurismas toraco-abdominales, señale la opción correcta:

- a. La cirugía híbrida estaría contraindicada en los tipo III Crawford.
- b. La técnica chimenea precisa de al menos 10 mm de distancia entre la arteria a tratar y la primera arteria visceral por encima del stent cubierto.
- c. La técnica sándwich tiene su principal indicación en resolver el problema de corta longitud de las chimeneas.
- d. Las endoprótesis fenestradas tienen limitación de uso si el cuello del aneurisma es >38 mm.

65.- Según el estudio de Lederle, FA (año 2000), de los siguientes factores independientes de alto riesgo para la detección mediante ecografía de aneurismas mayores de 4 cm , no está:

- a. Historia de tabaquismo.
- b. Historia familiar de AAA.
- c. Diabetes mellitus.
- d. Enfermedad coronaria.

66.- De los siguientes, ¿cuál No es un modelo de predicción de mortalidad en el tratamiento endovascular del AAA?:

- a. Vascular Governance North West (VGNW).
- b. Glasgow Aneurysm Score (GAS).
- c. Modified-Customised probability index (m-CPI).
- d. Vascular physiology and operative severity score (V-POSSUM).

67.- En relación con el seguimiento de las endoprótesis para el tratamiento del AAA, señale la respuesta FALSA:

- a. Hay que atender al crecimiento o reducción del saco aneurismático.
- b. La RX simple permite conocer la deformidad o ruptura de la prótesis.
- c. El uso de ecopotenciadores puede ayudar a visualizar mejor las endofugas.
- d. El ecodoppler no es fiable para el seguimiento de las endoprotesis y siempre hay que hacer un TAC a pesar de la elevada radiación para el paciente.

68.- Según las recomendaciones de la guía para el diagnóstico y tratamiento del AAA de la SEA-SEACV 2015, sobre el seguimiento del tratamiento endovascular, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Si se objetiva una endofuga (II o IV) o un escaso solapamiento de los componentes modulares de la endoprotesis al mes, se recomienda realizar rx simple de abdomen y angioTC a los 3 meses.
- b. Si no existen endofugas y hay un correcto solapamiento de componentes al mes, se recomienda realizar rx simple de abdomen y angioTC a los 6 meses.
- c. Si al año no hay ninguna complicación después del EVAR y la anatomía del paciente es favorable, se recomienda seguimiento anual con Eco-Doppler y rx simple de abdomen.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.

69.- Los aneurismas de arteria renal pueden ser extra o intraparenquimatosos. ¿Qué porcentaje corresponde a la modalidad intraparenquimatosos?:

- a. 40%.
- b. 50%.
- c. 75%.
- d. 15%.

70.- ¿En cuál de las siguientes localizaciones, de los aneurismas de arterias viscerales, el tamaño no es un criterio de indicación de tratamiento quirúrgico?:

- a.- Arteria pancreático-duodenal.
- b.- Arteria mesentérica inferior distal.
- c.- Arteria hepática.
- d.- Arteria ileal.

71.- ¿Cuál de las siguientes suposiciones NO es correcta en relación con la indicación de tratar un aneurisma de arteria visceral?:

- a. Aneurisma asintomático > 20 mm.
- b. Aneurisma sintomático.
- c. Crecimiento < 5mm en último año.
- d. Pseudoaneurisma.

72.- Respecto a los aneurismas aislados de la arteria femoral profunda, NO ES CIERTA:

- a. Su reparación es preferentemente con técnicas endovasculares.
- b. Son raros, con una incidencia del 0.5%.
- c. Su reparación consiste en su sustitución por un injerto con vena ó material protésico.
- d. Su diagnóstico en la fase asintomática es difícil.

- 73.- El hemangioendotelioma kaposiforme es una entidad incluida en los tumores vasculares benignos que muestra una diferenciación concreta, indíquela:
- Diferenciación endotelial.
 - Diferenciación de células glómicas.
 - Diferenciación pericítica.
 - Diferenciación linfática.
- 74.- En el Aneurisma Ilíaco Primitivo aislado, ¿qué tratamiento estaría indicado como primera opción?:
- Exclusión Endovascular con stent cubierto, si anatomía favorable.
 - En paciente joven sin riesgos quirúrgicos puente ilíaco protésico.
 - Exclusión Endovascular con abordaje por punción contralateral sin tener en cuenta la vía ipsilateral.
 - En paciente de alto riesgo general asociado, oclusión y puente extra anatómico fémoro-femoral cruzado.
- 75.- Respecto a la disección aguda de aorta, es FALSO que:
- Los factores que predisponen a la disección de aorta son la HTA, que coexiste en el 70% de los pacientes, y la necrosis quística de la media
 - En la disección tipo A puede aparecer hemopericardio y taponamiento cardíaco.
 - El trimetafán, puede utilizarse si no pudiera emplearse nitroprusiato ni labetalol.
 - La causa más frecuente de morbi-mortalidad perioperatoria son los accidentes cerebrovasculares que ocurren durante la intervención.
- 76.- En cuanto al síndrome de hipoperfusión visceral en las disecciones agudas de aorta, indique la respuesta CORRECTA referida a la obstrucción dinámica:
- Supone el 20% de los casos de mala perfusión visceral.
 - El colgajo íntimo-medial prolapsa parcialmente sobre el ostium de la arteria visceral afecta.
 - Existe rotura de la luz falsa.
 - No está relacionada con la extensión del perímetro vascular afectado.
- 77.- El hematoma intramural aórtico presenta característicamente, indique la respuesta CORRECTA:
- Colgajo intimal en la luz aórtica.
 - Aumento del grosor mural aórtico hiperdenso antes de la administración de contraste intravenoso.
 - Margen interno irregular.
 - Margen externo irregular.
- 78.- ¿Qué medidas No son de aplicación en el manejo de la disección crónica de aorta?:
- Ajustar T.A. < de 140/90 mm Hg en reposo.
 - Tratamiento sistemático con betabloqueantes.
 - Antiagregación plaquetaria sistemática.
 - Se debe evitar el embarazo.

- 79.- El tratamiento quirúrgico o endovascular de la disección crónica de aorta torácica tiene indicación si, señale la INCORRECTA:
- Progresión retrógrada al arco aórtico.
 - El diámetro del arco aórtico o la aorta torácica descendente superara los 50 mm.
 - El diámetro de la aorta abdominal superara los 50 mm.
 - Aumento de diámetro de > de 5mm anuales en dos controles Consecutivos.
- 80.- Según la clasificación de Bunt, la infección de una prótesis vascular denominada P1 afecta a un injerto:
- Aorto-iliaco.
 - Parche de angioplastia femoral.
 - Fémoro-femoral.
 - Aorto-femoral.
- 81.- Son acrosíndromes distónicos o funcionales permanentes los siguientes cuadros clínicos excepto uno de ellos, indique cuál NO ES:
- Acrocianosis.
 - Lívedo reticularis.
 - Eritromelalgia.
 - Eritema palmo-plantar.
- 82.- Indique cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en relación con la enfermedad de Raynaud :
- Es una macroangiopatía estructural.
 - Es un acrosíndrome distrofico lesional.
 - Es un acrosíndrome distónico o funcional permanente.
 - Es un acrosíndrome distónico o funcional paroxístico.
- 83.- Entre los fármacos utilizados en el síndrome de Raynaud, ¿cuál de los siguientes modifica la vasorregulación neuronal?:
- Fluoxetina por inhibición selectiva de la recaptación de serotonina.
 - Estatinas, por efecto pleomórfico.
 - Bloqueantes alfa adrenérgicos.
 - Inhibidores de la Rho-quinasa.
- 84.- Con respecto al tratamiento quirúrgico de un síndrome del desfiladero torácico, señale la respuesta FALSA:
- Debe tenerse en cuenta el mecanismo fisiopatológico.
 - El síndrome venoso suele deberse a un pinzamiento costo-clavicular.
 - Un síndrome arterial suele presuponer una anomalía ósea.
 - El abordaje supraclavicular es el tratamiento de elección.
- 85.- Señale la respuesta CORRECTA respecto al Síndrome del Desfiladero Torácico:
- La arteriografía se debe emplear sistemáticamente.
 - El Eco- doppler es esencial par su diagnostico.

- c. La flebografía dinámica puede servir para descartar problemas de pinzamiento venoso.
- d. La maniobra de Roos es siempre positiva.
- 86.- En paciente joven con diagnóstico de síndrome del desfiladero torácico sintomático por afectación de la primera costilla y clínica solo neurológica, ¿cuál es el tratamiento de elección es en la actualidad?:
- Abordaje de la 1ª costilla vía axilar y resección de la misma.
 - Resección de la primera costilla por toroscópica.
 - Implantación de stent.
 - Resección de la primera costilla vía supraclavicular.
- 87.- De los siguientes hallazgos arteriográficos, en posición neutra no forzada de la extremidad, indique cual NO es necesariamente indicativo de compresión / atrapamiento de la arteria poplítea:
- Oclusión de todo el eje poplíteo.
 - Oclusión segmentaria de la parte media de la arteria.
 - Dilatación postestenótica.
 - Desviación medial de la parte proximal de la arteria poplítea.
- 88.- Según la clasificación de Kim HJ de 2006 respecto al diagnóstico mediante RMN de compresión / atrapamiento de la arteria poplítea, ¿a qué tipo corresponde la variable anatómica en la que la compresión de arteria poplítea es provocada por una banda muscular accesoria del músculo gemelo interno? :
- Tipo I.
 - Tipo II.
 - Tipo III.
 - Tipo IV.
- 89.- Señale la respuesta CORRECTA respecto a Síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea:
- Es más frecuente en hombres en 6 década de la vida.
 - Es más frecuente en mujeres en 6 década de la vida.
 - La vena poplítea se afecta en el 50% de los casos.
 - Existe una anomalía en el desarrollo embrionario de las estructuras del hueco poplíteo o puede ser causada por hipertrofia muscular simple.
- 90.- ¿Cuáles de estos signos arteriográficos son característicos de la enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea?, seleccione la respuesta CORRECTA:
- Estenosis simétrica en forma de "reloj de arena", estenosis asimétrica o "signo de la cimitarra", oclusión completa.
 - Dilatación postestenótica, muescas arteriales u oclusión en reposo o durante la contracción muscular.
 - Desviación interna de la arteria poplítea, estenosis u oclusión completa, dilataciones únicas o múltiples.
 - Vasos de circulación colateral en forma helicoidal "sacacorchos o tirabuzón", estenosis u oclusión completa, dilatación postestenótica .

- 91.- ¿Qué porcentaje de todas las displasias fibromusculares de la arteria renal supone la displasia perimedial?:
- 5%.
 - 10%.
 - 15%.
 - 20%.
- 92.- ¿Cuál es el tratamiento de una enfermedad quística adventicial que provoca estenosis en la arteria poplítea sin oclusión?:
- Angioplastia transluminal percutánea.
 - Quistectomía simple.
 - Resección e injerto, de preferencia autólogo.
 - Stent cubierto
- 93.- ¿Cuál es el "patrón oro" de los métodos que evalúan la calidad de la circulación colateral cerebral en una endarterectomía carotídea?:
- Potenciales evocados.
 - Tolerancia al clampaje bajo anestesia loco regional.
 - Determinación de la presión retrograda en la arteria carotida interna.
 - Presión registrada en arteria carótida primitiva proximal a la lesión.
- 94.- El beneficio de la cirugía carotídea precoz tras un ACV se debe a los siguientes hechos a excepción de uno de ellos, señale la excepción:
- Disminuye la pérdida neuronal en área de penumbra isquémica.
 - Previene la progresión de la trombosis.
 - Elimina la fuente embolígena.
 - Restablece la funcionalidad de los segmentos neurológicos afectados en la zona de infarto cerebral.
- 95.- ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye un criterio de contraindicación para la cirugía carotídea precoz tras ACVA?:
- Infarto isquémico menor de 1/3 del territorio de la arteria cerebral media correspondiente.
 - Rankin Test score mayor o igual a 3.
 - Nivel de conciencia estable.
 - Infarto no hemorrágico.
- 96.- Los pacientes con insuficiencia vertebro-basilar presentan, señale la CORRECTA:
- Una isquemia cerebral por hipoperfusión.
 - Una isquemia de circulación posterior.
 - Una isquemia cerebral embolígena.
 - No suelen presentar síntomas hemisféricos ipsilaterales.

97.- Respecto al tratamiento mediante Angioplastia (ATP) de la estenosis de la arteria vertebral, indique la respuesta CORRECTA:

- a. En los estudios actuales el tratamiento con angioplastia es superior al tratamiento médico.
- b. La morbimortalidad neurológica puede ser del 15%- 20%.
- c. La tasa de disección en el procedimiento endovascular es baja.
- d. No es un inconveniente la tortuosidad del territorio vertebrobasilar.

98.- En cuanto a los tumores del cuerpo carotídeo, señale la respuesta FALSA:

- a. Son los paragangliomas no cromafines más comunes.
- b. Presentan actividad endocrina 5% de los casos.
- c. En la forma familiar sigue patrón autosómico recesivo ligado al sexo.
- d. En la forma esporádica presenta incidencia bilateral hasta 5%.

99.- Respecto a los paragangliomas carotídeos, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Los aportes arteriales provienen de ramas de la arteria facial.
- b. Es frecuente que sean funcionantes en el 1,2%.
- c. Presentan drenaje de contraste precoz en la arteriografía.
- d. Desplazan anteromedialmente la arteria carótida interna.

100.- En relación con los paragangliomas de localización cervical, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Los más frecuentes son los que se originan en el nervio hipogloso.
- b. Los carotídeos típicamente se extienden al agujero rasgado posterior.
- c. Son tumores de rápido crecimiento.
- d. Macroscópicamente se parece al tejido del cuerpo carotídeo normal.

101.- Respecto a la prevalencia de los aneurismas de arteria carótida extracraneal, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Suponen el 0,5-6% de los aneurismas arteriales periféricos.
- b. Suponen el 0,4-4% de los aneurismas arteriales periféricos.
- c. Suponen el 10% de los aneurismas de TSA.
- d. Suponen el 15-20% de los aneurismas de TSA.

102.- Según la clasificación de Attigah de 2009 respecto a los aneurismas de arteria carótida extracraneal, los que afectan a la carótida interna desde el bulbo carotideo hasta la línea entre la mastoides y el ángulo de la mandíbula se encuadran en el grupo, señale la CORRECTA:

- a. Tipo I.
- b. Tipo II.
- c. Tipo III.
- d. Tipo IV.

103.- Según la clasificación de deJung et al, se define el aneurisma de carótida común extracraneal como, señale la CORRECTA:

- a. Dilatación del bulbo carotideo mayor del 120% del diámetro de la carótida común.

- b. Dilatación del bulbo carotideo mayor 200% del diámetro de la carótida Interna.
 - c. Dilatación del 150% del diámetro de la carótida interna ipsilateral normal
 - d. Dilatación del 150 % del diámetro de la carótida interna contralateral Normal.
- 104.- ¿Cuál es la etiología predominante en los aneurismas distales de arteria subclavia?:
- a. Arteriosclerosis.
 - b. Sd. De Loeyes-Dietz.
 - c. Traumatismos.
 - d. Anomalías del desarrollo (Diverticulo de Kommerel).
- 105.- Todas las siguientes afirmaciones en relación con la trombosis venosa mesentérica aguda son ciertas a excepción de una, indique cual es esta excepción:
- a. El engrosamiento de la pared intestinal observado es más pronunciado que en los casos de isquemia mesentérica obstructiva arterial.
 - b. Se puede encontrar una disminución de la densidad de la grasa mesentérica adyacente en relación con el edema.
 - c. La localización del trombo venoso depende de la etiología subyacente de la trombosis venosa mesentérica.
 - d. La Resonancia Magnética tiene alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico, aunque no parece aportar nada frente al TAC.
- 106.- De los siguientes hallazgos solo uno es FALSO en relación con el diagnóstico de la isquemia mesentérica aguda no oclusiva (en ausencia de shock, uso de fármacos vasoactivos o pancreatitis aguda), indíquelo:
- a. Estrechamiento marcado en origen de arteria mesentérica superior.
 - b. Irregularidades en ramas de arterias digestivas.
 - c. Espasmo de arcadas.
 - d. Fallo de repleción de los vasos intramurales.
- 107.- En relación a la isquemia mesentérica crónica, es FALSO que:
- a. En sujetos sanos el flujo sanguíneo intestinal hiperémico posprandial alcanza su máximo a los 30-90 minutos después de la comida.
 - b. Los cambios en la respuesta hiperémica posprandial se normalizan tras la revascularización mesentérica.
 - c. La respuesta hiperémica posprandial puede durar entre 4 a 6 horas y se produce preferiblemente en intestino delgado y estómago, aumentando poco en páncreas e intestino grueso.
 - d. La presencia de sintomatología no depende del número de arterias viscerales con enfermedad oclusiva.
- 108.- Respecto a las infecciones del material protésico vascular, señale la respuesta INCORRECTA:
- a. La adherencia bacteriana en prótesis de poliéster es 10-100 veces mayor que en PTFE.
 - b. Se estima en 0,4-2% la incidencia de erosión o fístula intestinal 2º a

infección prótesis aórtica.

- c. El *Stph. aureus* es el patógeno más prevalente en las infecciones protésicas (75-80%).
- d. Para profilaxis antibiótica de endarterectomía carotídea se recomienda Cefazolina 1-2 gr IV 30 minutos antes del procedimiento y 1-2 gr/8 horas durante 24 h.

109.- Respecto al estudio ecográfico de las arterias renales, señale la opción FALSA:

- a. Se considera significación hemodinámica para estenosis si VPS > 180-200 cm/s.
- b. El fenómeno tardus se corresponde con una prolongación del tiempo de aceleración.
- c. El índice de resistencia renal aumenta de modo fisiológico a medida que nos alejamos de la arteria renal principal.
- d. El índice reno-aórtico permite compensar las variaciones que provoca el gasto cardiaco.

110.- En relación con las estenosis de la arteria renal, indica cuál de las opciones es FALSA:

- a. El estrechamiento de la luz del ostium es sugestivo de aterosclerosis.
- b. La imagen de collar de perlas en tercio medio de la arteria es sugestivo de displasia fibromuscular.
- c. En el eco-Doppler de arterias intraparenquimatosas la onda tardus-parvus hace sospechar estenosis proximal de la arteria renal.
- d. La velocidad picosistólica máxima de 130 cm/seg. en la arteria renal sugiere estenosis hemodinámicamente significativa.

111.- Respecto a la hipertensión reno-vascular, Señale la opción INCORRECTA:

- a. La prevalencia de estenosis de a. renal en pacientes con HTA oscila entre 1-5%.
- b. Aparece estenosis de ambas arterias renales en aprox. 40% de los casos.
- c. La displasia fibromuscular en la arteria renal afecta íntima y media respetando la adventicia.
- d. En la displasia fibromuscular la correlación estenosis-clínica es mas directa que en las arterioscleróticas.

112.- Según el consenso de 2009 del European Venous Forum, American College of Phlebology y American Venous Forum, la vena comunicante intersafena, (señale la CORRECTA):

- a. Es la prolongación craneal de la safena menor en caso de doble Confluente.
- b. Comunica las safenas mayor y menor a través de la vena circunfleja posterior del muslo.
- c. Comunica las safenas mayor y menor a través de la vena circunfleja lateral externa del muslo.
- d. Comunica las safenas mayor y menor a través de la vena circunfleja anterior del muslo.

- 113.- La presión venosa en bipedestación, en el dorso del pie, ¿es de?, señale la CORRECTA:
- 90-120 mmHg.
 - 70-80 mmHg.
 - 12-18 mmHg.
 - 50-60 mmHg.
- 114.- Respecto a la presión venosa ambulatoria (PVA), señale la respuesta INCORRECTA:
- El ejercicio reduce la PVA una media de 22 mmHg.
 - Se determina mediante la inserción de una aguja del 19 G en la vena safena interna a nivel maleolar.
 - La maniobra punta-talón es útil para su determinación.
 - La maniobra de Paraná no es útil para su determinación.
- 115.- Respecto a los patrones anatómicos de la vena safena interna (VSI) determinados con eco-Doppler a nivel de la rodilla, señale la opción CORRECTA:
- Patrón A: VSI visible sin tributarias.
 - Patrón B: VSI visible con una o mas tributarias por encima de la rodilla.
 - Patrón C: VSI visible con una o mas tributarias por debajo de la rodilla.
 - Patrón D: VSI visible solo por encima de la rodilla.
- 116.- Respecto al los shunts veno-venosos, el que se describe como “cayado de safena interna incompetente con vena safena interna incompetente en el sector proximal al punto de fuga y competente en el sector distal al mismo”, se denomina:
- Shunt tipo 0.
 - Shunt tipo 1 + 2.
 - Shunt tipo 3.
 - Shunt tipo 2 C.
- 117.- Según el estudio de Prandoni de 1993 respecto al diagnóstico de la TVP recurrente, ¿cuándo estaría indicada la realización de flebografía para el diagnóstico?:
- Compresión completa del segmento venoso con la sonda ecográfica.
 - Compresión incompleta, sin eco-Doppler de control previo.
 - Compresión incompleta y sin cambios en el diámetro respecto al Eco-Doppler de control previo.
 - Compresión incompleta y aumento de diámetro menor de 1,5 mm respecto al eco-Doppler de control previo.
- 118.- Una de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el fondaparinux, indíquela
- Muestra potente afinidad por la antitrombina.
 - Especificidad de acción anti-Xa.
 - Se elimina vía hepática.
 - Se utiliza en los casos de trombocitopenia inducida por heparina.

- 119.- Respecto a la aplicación de la escala de riesgo de TVP en miembros inferiores de Wells, ¿qué afirmación de las siguientes es FALSA?:
- En pacientes con puntuación < 1 y dímero D negativo se puede excluir de forma razonablemente segura la TVP.
 - En pacientes con puntuación 1-2 y dímero D positivo no está indicada la realización de un eco-Doppler venoso.
 - En pacientes con puntuación > 3 y dímero D positivo está indicado realizar eco-Doppler venoso.
 - Si un estudio eco-Doppler venoso resulta normal con dímero D positivo se deberá realizar nueva evaluación ecográfica pasada una semana.
- 120.- ¿Cuándo se debe desestimar la reconstrucción venosa de venas accesorias y proceder a su ligadura en banco, antes de implantar un riñón?:
- Vena accesoria menor de 3 mm.
 - Vena accesoria mayor de 3mm a menos de 1cm de la vena renal mayor.
 - Vena accesoria mayor de 3 mm a más de 1 cm de la vena renal mayor.
 - Siempre.
- 121.- Respecto a la trombectomía venosa mecánica percutánea, es cierto que:
- Tiene sus mejores resultados en el sector infrainguinal y en el sector cavo.
 - Es una desventaja el riesgo de lesión del endotelio venoso y de las válvulas.
 - Los resultados son peores que con la trombectomía quirúrgica abierta.
 - El Angio Jet Rheolytic Thombectomy System es un dispositivo que genera un chorro de baja presión, permitiendo la aspiración del trombo.
- 122.- Señale la respuesta FALSA acerca del tratamiento endovascular de la oclusión crónica de las venas ilíacas.
- La causa más frecuente de reestenosis temprana es la hiperplasia intimal.
 - La angioplastia simple es insuficiente y es imprescindible la colocación de endoprótesis o stents.
 - El uso de ecografía intravascular aporta datos más precisos que la venografía en cuanto a la morfología de la lesión a tratar.
 - Es importante volver a dilatar la endoprótesis o stent tras su colocación para evitar migraciones.
- 123.- La tromboflebitis de las venas tóraco-epigástricas superficiales se conoce como enfermedad de:
- Mafucci.
 - Mondor.
 - Mick.
 - Low.
- 124.- Respecto a la tromboflebitis superficial uno de los siguientes enunciados es FALSO, señálelo:
- Se conoce como Síndrome de Trousseau a aquellas con etiopatogenia infecciosa.
 - En el Síndrome de Mondor peneano se afecta la vena dorsal del pene.

- c. La administración de antiinflamatorios no esteroideos reduce extensión y progresión.
 - d. Se recomienda Fondoparinux durante 45 días a dosis profiláctica si se afecta un segmento venoso de al menos 5 cm de longitud.
- 125.- Según el Modelo de riesgo para ETEV de Caprini et al, recomendado por la Guía Clínica ACCP 2012, ¿cuál de los siguientes factores representa un valor de riesgo de 3?:
- a. Obesidad.
 - b. Diabetes insulino dependiente.
 - c. Edad 61-74 años.
 - d. Historia familiar de ETEV.
- 126.- Respecto a la interrupción de vena cava inferior mediante filtros, como profilaxis del TEP, señale la indicación relativa:
- a. TEP confirmado con contraindicación absoluta para anticoagular.
 - b. TEP confirmado con complicaciones de la anticoagulación.
 - c. TEP confirmado con riesgo importante de complicaciones con la anticoagulación.
 - d. TEP confirmado con ineficacia de la anticoagulación.
- 127.- De las siguientes características de los filtros para la interrupción de vena cava inferior, señale la MENOS importante en relación con su efectividad de filtrado:
- a. Diseño cónico simple.
 - b. Diseño en cónico en doble cesta.
 - c. Diseño en hélice.
 - d. Ganchos y estabilizadores para autocentrado.
- 128.- Según el estudio de Han de 2005 y la revisión sistemática de Angel, LF, de 2011, de efectividad de filtros de vena cava, señale cuál produce mayor tasa de oclusión de vena cava:
- a. Greenfield de acero inoxidable.
 - b. Greenfield de titanio.
 - c. Simon nitinol.
 - d. Bird's nest.
- 129.- Quién definió el síndrome postrombótico como: "dolor y edema diario que persiste, de carácter ortostático, y que acontece en un periodo de unos seis meses tras un evento de trombosis venosa profunda ":
- a. Ginsberg.
 - b. Villalta.
 - c. Mails.
 - d. Pinelli.
- 130.- ¿Qué porcentaje de pacientes que han sufrido una trombosis venosa profunda van a desarrollar con alta probabilidad un síndrome postrombótico venoso?, señale la CORRECTA:
- a. 5-10%.
 - b. 10-15%.
 - c. 15-20%.

d. 20-50%.

131.- Una puntuación de 5-9 en la escala de Villalta es indicativa de un síndrome postrombótico de grado, (señale la CORRECTA):

- a. Leve.
- b. Moderado.
- c. Grave.
- d. No síndrome postrombótico.

132.- La Flebectomía ambulatoria (T. MULLER) esta indicada en, señale la CORRECTA:

- a. Varices alimentadas por reflujo ostial.
- b. Varices alimentadas por reflujo no ostial.
- c. Varices producidas por perforantes y controladas por eco-doppler.
- d. Todas son ciertas.

133.- Señale la respuesta INCORRECTA sobre la cirugía de reconstrucción venosa:

- a. La derivación de Palma es útil en pacientes con oclusión crónica femoral o poplítea.
- b. En casos de ausencia de material autólogo, el injerto de PTFE con soporte externo es la mejor opción.
- c. La trasposición de May-Husni se conoce como derivación safeno-poplítea y requiere la realización de una única anastomosis.
- d. La causa más frecuente para reconstrucción de la vena cava inferior suprarrenal es la oclusión membranosa de la vena cava inferior.

134.- Según la clasificación CEAP (Clínica Etiológica Anatómica Patofisiológica) de la insuficiencia venosa crónica, ¿qué vena estaría afectada en la denominación Ad (6) ?:

- a. Vena safena mayor.
- b. Vena safena menor.
- c. Vena cava inferior.
- d. Vena iliaca externa.

135.- Respecto al tratamiento de varices mediante técnicas de ablación térmica endoluminal, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El mecanismo del láser se basa en reacción endotelial termal inducida por burbujas de vapor.
- b. En el caso de emplear endoláser con fibras de 980 nm, la potencia en W debe ser menor al diámetro del vaso en mm.
- c. La radiofrecuencia origina vibración y fricción de los átomos.
- d. La cartografía venosa con eco-Doppler se debe realizar siempre en el preoperatorio de estas técnicas.

136.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 31, apartado primero, de la Constitución Española, todos contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos de acuerdo con su capacidad económica mediante un sistema tributario justo; señale la respuesta CORRECTA:

- a. Inspirado en los principios de igualdad y progresividad que, en todo caso, tendrá alcance confiscatorio.
- b. Inspirado en los principios de equidad y eficiencia que, en todo caso, tendrá alcance confiscatorio.
- c. Inspirado en los principios de igualdad y progresividad que, en ningún caso, tendrá alcance confiscatorio.
- d. Inspirado en los principios de equidad y eficiencia que, en ningún caso, tendrá alcance confiscatorio.

137.- Según dispone el artículo 41 de la Constitución Española, los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de:

- a. La tercera edad.
- b. Incapacidad.
- c. Desempleo.
- d. Violencia de Género.

138.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3, apartado segundo, del Estatuto de Autonomía de Extremadura, igualmente son extremeños los españoles residentes en el extranjero que hayan tenido la última vecindad administrativa en Extremadura y acrediten esta condición en la correspondiente representación diplomática de España. En cuanto a sus descendientes inscritos como españoles:

- a. Gozarán de la condición política de extremeños si así lo solicitan en la forma que determine una Ley del Estado.
- b. Gozarán de la condición política de extremeños en todo caso.
- c. En ningún caso gozarán de la condición política de extremeños aunque sí de la condición de españoles.
- d. Gozarán de la condición política de extremeños al cumplir la mayoría de edad.

139.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 28 del Estatuto de Autonomía de Extremadura, relativo a la cuestión de confianza que puede plantear el Presidente de la Junta de Extremadura a la Asamblea, dicha confianza se entenderá otorgada cuando vote a favor de la misma:

- a. La mayoría absoluta de los miembros de la Asamblea.
- b. Una mayoría de dos tercios de los miembros de la Asamblea.
- d. La mayoría simple de los miembros de la Asamblea.
- e. Una mayoría de tres quintos de los miembros de la Asamblea.

140.- Las políticas de igualdad de género, especialmente la aprobación de normas y ejecución de planes para el establecimiento de medidas de discriminación positiva para erradicar las desigualdades por razón de sexo:

- a. Es una materia sobre la que la Comunidad Autónoma de Extremadura tiene competencias de ejecución.

- b. Es una materia sobre la que la Comunidad Autónoma de Extremadura tiene competencia exclusiva.
- c. Es una materia sobre la que la Comunidad Autónoma de Extremadura tiene competencias de desarrollo normativo y ejecución.
- d. Es una materia sobre la que la Comunidad Autónoma de Extremadura no tiene competencia alguna.

141.- Según el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, es un derecho individual del personal estatutario:

- a. La negociación colectiva.
- b. Disponer de servicios de prevención en materia de seguridad laboral.
- c. La actividad sindical.
- d. La estabilidad en el empleo y el ejercicio o desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento.

142.- Según el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, cuál de los siguientes NO es un supuesto en el que procede el nombramiento de carácter eventual:

- a. Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.
- b. Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
- c. Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.
- d. Cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los periodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

143.- De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se acordará el cese del personal estatutario interino:

- a. Cuando se produzca la causa que expresamente se determine en su nombramiento.
- b. Cuando venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento.
- c. Cuando la plaza que desempeñe resulte amortizada.
- d. Cuando la persona a la que sustituya pierda su derecho a la reincorporación a la misma plaza.

144.- Según el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, la pena de inhabilitación absoluta, cuando hubiera adquirido firmeza:

- a. Produce la suspensión temporal de la condición de personal estatutario.
- b. Produce la pérdida de la condición de personal estatutario.
- c. Produce la suspensión de funciones del personal estatutario.
- d. Produce la pérdida de retribuciones previa tramitación del correspondiente expediente disciplinario.

145.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley General de Sanidad, se tipifica como infracción muy grave:

- a. La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

- b. Las que se produzcan por falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.
- c. El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez.
- d. Las cometidas por simple negligencia, con independencia de la entidad de la alteración o riesgo sanitarios producidos.

146.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 57 de la Ley General de Sanidad, las Áreas de Salud contarán, como mínimo, con los siguientes órganos:

- a. El Consejo de Salud de Área, el Consejo de Dirección de Área y el Gerente de Área.
- b. El Consejo de Salud de Área, el Secretario General del Área y el Gerente de Área.
- c. El Consejo de Dirección de Área, el Gerente de Área y la Subdirección de Atención Especializada.
- d. El Secretario General de Área, el Director Gerente de Área y el Consejo Rector de Área.

147.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley General de Sanidad: Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido:

- a. Siempre que su personal técnico resulte homologable, cuando el Consejo de Gobierno lo justifique y las disponibilidades económicas del sector público lo permitan.
- b. Aunque sus características técnicas no sean homologables y las disponibilidades económicas del sector público lo permitan, siempre y cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen.
- c. Siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permitan.
- d. En ningún caso un hospital general privado podrá vincularse al Sistema Nacional de Salud.

148.- Señala la respuesta INCORRECTA de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley de Salud de Extremadura: los ciudadanos están sujetos, con respecto al Sistema Sanitario Público de Extremadura, al cumplimiento de los siguientes deberes:

- a. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicamente determinadas por los servicios sanitarios.
- b. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias y sociosanitarias.
- c. Facilitar sus datos de carácter personal.
- d. Colaborar con los centros, servicios y profesionales sanitarios, facilitando la información de su estado de salud para adecuar la atención sanitaria a las necesidades demandadas.

149.- Señala la respuesta INCORRECTA de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 221/2008, de 24 de octubre, que aprueba los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud:

- a. El Servicio Extremeño de Salud no dispone de tesorería propia aunque sí de facultades de gestión del patrimonio afecto.
- b. El Servicio Extremeño de Salud está adscrito a la Consejería competente en materia sanitaria.
- c. El Servicio Extremeño de Salud está dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.
- d. El Servicio Extremeño de Salud es un organismo autónomo de carácter administrativo.

150.- De conformidad con los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud, el órgano de coordinación integrado por los Altos Cargos del Servicio Extremeño de Salud y los Gerentes de Área de Salud se denomina:

- a. Consejo de Gobierno.
- b. Consejo de Áreas.
- c. Consejo de Dirección.
- d. Consejo General

RESERVA:

151.- Según dispone el artículo 4, relativo a las definiciones, de la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura, se entiende por representación equilibrada aquella situación que garantice la presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto de personas a que se refiera:

- a. Cada sexo ni supere el sesenta por ciento ni sea menos del cuarenta por ciento.
- b. Cada sexo ni supere el cincuenta por ciento ni sea menos del cuarenta por ciento.
- c. Cada sexo ni supere el setenta por ciento ni sea menos del cuarenta y cinco por ciento.
- d. Cada sexo ni supere el cincuenta y cinco por ciento ni sea menos del cuarenta por ciento.

152.- El error sistemático en estudios de investigación durante la medición de la exposición, de los eventos u otras covariables en la población en estudio se denomina:

- a. Sesgo de memoria.
- b. Sesgo de información.
- c. Sesgo de adaptación.
- d. Sesgo de detección.

153.- Según la guía para diagnóstico y tratamiento del AAA de la SEA-SEACV 2015.: ¿Cuál de las siguientes medidas es FALSA en la realización del programa quirúrgico "fast Track" (vía rápida) del AAA?:

- a. Reducción de estancia preoperatoria a 2 h.

- b. No realizar preparación intestinal.
- c. Bajar la temperatura del quirófano a 18 grados.
- d. Restringir la fluidoterapia preoperatoria a 1l/24 h la noche previa a la intervención.

154.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, cual de las siguientes NO es una competencia de la Junta de Extremadura con relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura:

- a. El establecimiento de las directrices de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma.
- b. Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
- c. La aprobación del Plan de Salud de Extremadura.
- d. La aprobación del mapa sanitario de la Comunidad

155.- Respecto a la exploración del pie diabético mediante el monofilamento de Semmes-Weinstein, señale la CORRECTA:

- a. Especificidad 75-100% en el diagnóstico de neuropatía diabética.
- b. El de 5,07 mm de rango aplica una presión constante de 5 g sobre la zona.
- c. Se aplica en tres puntos plantares.
- d. Se aplica en dos puntos plantares y dos dorsales.

156.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, entre los principios a los que las Administraciones Sanitarias adecuarán su actuación en el ámbito de la salud mental se encuentra el siguiente:

- a. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- b. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en los hospitales psiquiátricos más cercanos a los hospitales generales.
- c. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría de adultos sin recursos.
- d. Se promoverá primordialmente la protección de la salud mental de los trabajadores y sus familiares.

157.- En la determinación de las presiones segmentarias en EEII, ¿Cómo se puede minimizar el llamado “artefacto del manguito ”?, señale la CORRECTA:

- a. Tomas de presión repetidas con el paciente en decúbito supino.
- b. Utilizando manguitos con anchura un 50% igual o mayor que el diámetro de la extremidad en el punto de medición.
- c. Utilizando manguitos con anchura un 50% igual o menor que el diámetro de la extremidad en el punto de medición.
- d. No se puede minimizar el efecto manguito.

- 158.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al Aneurisma Poplíteo NO es cierta?:
- El 50% de los casos son bilaterales.
 - Es la localización periférica mas frecuente.
 - La morfología fusiforme constituye un criterio predictivo de trombosis.
 - Debe indicarse cirugía electiva cuando su diámetro transversal es > de 2 cm.
- 159.- Según la clasificación de Harrison y Mc Cormack sobre la displasia fibromuscular, ¿a qué tipo correspondería el patrón en cuentas de rosario en adultos?:
- Tipo intimal.
 - Tipo medial.
 - Tipo subadventicial.
 - Tipo tubular.
- 160.- ¿Cuál de los siguientes traumatismos en edad infantil ocasiona con mas frecuencia lesión vascular?:
- Fractura supracondílea humeral.
 - Fractura de clavícula.
 - Fractura en tallo verde del radio.
 - Fractura de meseta tibial.
- 161.- En relación con las complicaciones vasculares del trasplante renal, indique cuál es la respuesta CORRECTA:
- La trombosis de la arteria renal es una complicación que suele ocurrir en un periodo tardío postrasplante.
 - La existencia de un flujo multidireccional con aspecto en ying-yang es típico de una fístula arteriovenosa.
 - La trombosis de la vena es menos frecuente que la de la arteria.
 - Cuando existe trombosis de la vena, la arteria muestra un flujo anómalo de alta resistencia e inversión de la fase diastólica.
- 162.- La maniobra o signo de Ishikawa es de ayuda para el diagnóstico de:
- Fibrodisplasia perimedial de la carótida.
 - Quiste adventicial de arteria poplítea.
 - Arteritis de células gigantes.
 - Sd. Atrapamiento de arteria poplítea.

-----0000ooo0000-----

