

PROCESO EXCEPCIONAL DE ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL POR CONCURSO-OPOSICIÓN, PARA CUBRIR LAS PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN DE LAS CATEGORIAS DE LICENCIADOS ESPECIALISTAS Y OTROS LICENCIADOS SANITARIOS, EN EL MARCO PREVISTO EN LA LEY 20/2021, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS URGENTES PARA LA REDUCCIÓN DE LA TEMPORALIDAD EN EL EMPLEO PÚBLICO.

(ORDEN SAN/1916/2022, DE 23 DE DICIEMBRE)

L.E. ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

ADVERTENCIAS:

- 1. NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
2. Este cuestionario consta de **99 PREGUNTAS**, de las cuales las **9 ÚLTIMAS SON DE RESERVA**, para posibles anulaciones. En el caso de anulación de preguntas las de reserva se irán utilizando por el orden en el que figuran en el cuestionario (la 91 en el caso de anulación de preguntas de la parte general y de la 92 a la 99 para la parte específica).
3. El tiempo máximo para la realización del ejercicio será de **120 minutos**.
4. Sólo se calificarán las respuestas marcadas en la “HOJA DE RESPUESTAS”, que tiene carácter nominal.
5. Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la hoja de respuestas se corresponde con el número de pregunta del cuestionario.
6. Las preguntas contarán con tres respuestas alternativas, de las que sólo una de ellas será la correcta. Todas las preguntas tienen el mismo valor.
7. **Las respuestas erróneas se penalizarán con una novena parte (1/9)** del valor de las respuestas correctas y las preguntas no contestadas no puntúan, ni tendrán la consideración de erróneas, por lo que no penalizan.
8. **Sobre la forma de contestar en la “HOJAS DE RESPUESTAS”, lea atentamente las instrucciones que figuran en el dorso de la misma.**
9. Al finalizar el ejercicio ES OBLIGATORIO entregar la hoja de respuestas.
10. No se permite abandonar el aula en los 30 primeros minutos ni en los 15 últimos minutos del ejercicio.
11. Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador, pero **sólo podrá llevarse al finalizar el tiempo establecido para la realización del examen.**

- 1. El Presidente de la Gerencia Regional de Salud es:**
 - a) El Director Gerente.
 - b) El Consejero de Sanidad.
 - c) El Secretario Gerente.

- 2. Quién puede participar en el concurso de traslados:**
 - a) Sólo el personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León.
 - b) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, que participará con otros requisitos.
 - c) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, con las mismas condiciones y requisitos.

- 3. Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, el personal se clasifica por el tipo de nombramiento en:**
 - a) Personal estatutario sanitario y personal estatutario de gestión y servicios.
 - b) Personal estatutario fijo y personal estatutario temporal.
 - c) Personal estatutario sanitario y personal estatutario no sanitario.

- 4. La resolución del procedimiento para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud cuando el trabajador sea apto o apto con limitaciones corresponderá:**
 - a) Al Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.
 - b) Al Comité de Seguridad y Salud de Área.
 - c) Al Gerente del centro o institución sanitaria donde el trabajador preste servicios.

- 5. En relación con los órganos de selección del personal estatutario, señale la afirmación correcta:**
 - a) Sus miembros deberán ostentar la condición de personal fijo o interino de cualquier administración pública, no pudiendo participar el personal eventual.
 - b) Sus miembros deberán ser empleados públicos en plaza o categoría para cuyo ingreso se requiera titulación igual o superior a la exigida a los candidatos.
 - c) Sus miembros deberán pertenecer a la Administración Pública que convoca el proceso selectivo.

- 6. En relación con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, señale la opción incorrecta en relación con la información básica que el facultativo debe proporcionar al paciente antes de recabar su consentimiento escrito:**
- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad y las contraindicaciones.
 - b) El equipo médico que va a efectuar la intervención.
 - c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- 7. A los efectos del Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica, se considera documentación pasiva:**
- a) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial primaria ni especializada en 3 años.
 - b) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial en 5 años, salvo en atención especializada, en cuyo caso bastará que hayan transcurrido como mínimo 3 años sin actividad asistencial.
 - c) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial en primaria en 3 años.
- 8. En relación con las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, señale la afirmación incorrecta:**
- a) Deben utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas de éste.
 - b) Deben informar de inmediato a su superior jerárquico directo, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
 - c) Deben colaborar en la elaboración de las instrucciones que, en materia de seguridad en el trabajo, tiene que publicitar semestralmente el empresario.
- 9. En relación a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, señale la verdadera:**
- a) Los titulares del derecho a la información son el paciente y los familiares directos.
 - b) El consentimiento informado será por escrito por regla general.
 - c) El derecho a la intimidad está recogido en su artículo 7.

- 10. La definición “Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla”, corresponde a:**
- a) Historia Clínica.
 - b) Documentación Clínica.
 - c) Información Clínica.
- 11. ¿Qué afirmación es falsa sobre la fístula aorto-entérica secundaria?:**
- a) Es más frecuente que la fístula aorto-entérica primaria.
 - b) Sólo ocurre tras la reparación de un aneurisma aórtico previo.
 - c) La fistulización puede producirse en distintos puntos del tubo digestivo.
- 12. Que profármaco antiagregante plaquetario se activa con el sistema enzimático CYP450:**
- a) Ticagrelor.
 - b) Prasugrel.
 - c) Dipiridamol.
- 13. El síndrome de los dedos azules es:**
- a) Una trombosis venosa.
 - b) Una malformación linfática congénito.
 - c) Una forma de ateroembólismo.
- 14. Menor incidencia de infección de un injerto protésico:**
- a) Axilo-femoral.
 - b) Aorto-iliaco.
 - c) Femoro-femoral.
- 15. El linfedema primario sucede en un caso de cada:**
- a) 1.000 nacidos vivos
 - b) 10.000 nacidos vivos
 - c) 100.000 nacidos vivos

16. En la estadificación de Schöbinger de las malformaciones arteriovenosas el escenario de destrucción corresponde a la fase:

- a) II.
- b) III.
- c) IV.

17. Dentro de los principios generales en la cirugía de las amputaciones se encuentran los siguientes, excepto:

- a) Manejo atraumático de los tejidos.
- b) Profilaxis antibiótica.
- c) Evitar el uso de torniquetes.

18. Respecto a la presión transcutánea de oxígeno para determinar el nivel de amputación:

- a) El valor de referencia más aceptado para asegurar la cicatrización es de 60 mmHg.
- b) Puede ser artificialmente baja en casos de infección, inflamación o edema.
- c) Los sensores funcionan calentando la piel a 50°C.

19. Entre los potenciales mecanismos del Raynaud Primario se encuentra:

- a) Disminución de la sensibilidad de receptores alfa-2 a la norepinefrina.
- b) Liberación de tromboxano y serotonina por plaquetas activadas.
- c) Disminución de endotelina-1.

20. La sintomatología inicial más frecuente de la isquemia mesentérica aguda por trombosis venosa mesentérica incluye los siguientes, excepto:

- a) Fiebre.
- b) Distensión abdominal, náuseas y vómitos.
- c) Peritonismo.

- 21. Según los criterios definidos en el estudio NASCET para determinar el grado de estenosis carotídea con eco-doppler, si en un estudio realizado en condiciones óptimas las velocidades de flujo en la arteria carótida común son: 44 cm/s de pico sistólica y 15 cm/s de diastólica final y en la arteria carótida interna son: 145 cm/s de pico sistólica y 40 cm/s de diastólica final, ¿qué % de estenosis debemos sospechar?**
- a) Menor del 50%.
 - b) Entre el 50% y el 69%.
 - c) Entre el 70% y el 79%.
- 22. Dentro de las contraindicaciones relativas para el tratamiento endovascular de la estenosis de arteria renal se encuentran las siguientes excepto:**
- a) Extensión de la lesión a porción terminal del tronco de la arteria renal.
 - b) Lesiones en edad pediátrica.
 - c) Hipertensión severa asociada a nefropatía isquémica.
- 23. Respecto al diagnóstico de estenosis carotídea, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:**
- a) La arteriografía no debe realizarse, salvo discrepancia entre otras pruebas de imagen.
 - b) Es suficiente con un Eco-Doppler para indicar la cirugía.
 - c) Si se considera realizar stent carotídeo, es necesario realizar Angio-TC o A-RMN.
- 24. Respecto al riesgo de ruptura de los aneurismas de aorta abdominal**
- a) Para aortas entre 4 y 4.9 cm está entre 0.5 y 1.5%.
 - b) La morfología sacular parece tener mayor riesgo de ruptura que la fusiforme.
 - c) Para aortas > 7 cm el riesgo de ruptura es mayor del 40%.
- 25. Sobre las indicaciones de tratamiento de los aneurismas de la arteria renal es falso:**
- a) Aneurismas en mujeres en edad fértil independientemente del tamaño.
 - b) Aneurismas mayores de 3 cm.
 - c) Aneurismas con hipertensión sin estenosis de la arteria renal.
- 26. Respecto a los aneurismas renales verdaderos:**
- a) La mayoría de los aneurismas son intraparenquimatosos.
 - b) La mayoría son saculares.
 - c) Suelen afectar al tronco de la arteria renal.

27. En relación con las características de la placa aterosclerótica, señale la respuesta verdadera:

- a) La erosión de un nódulo de calcio o la hemorragia intraplaca no se suele asociar con secuelas clínicas.
- b) Las placas difieren en cuanto a su consistencia y pueden ser relativamente blandas y friables o densamente escleróticas y calcificadas.
- c) El núcleo necrótico suele ocupar las regiones periféricas de la placa y contiene cristales amorfos de lípidos y colesterol.

28. Sobre los traumatismos arteriales de las extremidades, ¿qué es falso?:

- a) En la extremidad superior se afectan más las arterias del antebrazo.
- b) La arteria femoral superficial es la más frecuentemente afectada en caso de traumatismo cerrado en la extremidad inferior.
- c) El angio-TAC es la modalidad diagnóstica más utilizada para localizar la lesión.

29. En relación con la neuropatía diabética, señale la respuesta falsa:

- a) La neuropatía de fibra pequeña se caracteriza por ardor, hormigueo, descargas eléctricas e incapacidad del paciente para percibir las diferencias de temperatura.
- b) Una consecuencia devastadora de la neuropatía sensitiva se manifiesta en neuroartropatía de Charcot.
- c) La neuropatía periférica autónoma está relacionada con el aumento del tono simpático en la extremidad inferior diabética.

30. En relación con los factores de riesgo para la enfermedad tromboembólica venosa, señale la respuesta falsa:

- a) Existe una relación exponencial entre la duración de la cirugía y la incidencia de trombosis venosa.
- b) La cirugía de sustitución articular de la extremidad inferior sin profilaxis antitrombótica se asocian a una incidencia del 20% al 50% de TEV.
- c) Existe asociación entre el aumento de la edad y una mayor incidencia de TEV, el riesgo se duplica aproximadamente con cada década.

31. Según la escala de riesgo de Caprini (Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. Dis Mon. 2005;51(2-3):70-78), ¿cuál de los siguientes factores aporta 5 puntos a la escala de riesgo?:

- a) Cirugía menor.
- b) Ictus reciente (en los 30 últimos días).
- c) Paciente con fallo cardiaco congestivo.

32. La resistencia que ofrece un lecho vascular periférico al flujo sanguíneo pulsátil se denomina:

- a) Índice tobillo/brazo.
- b) Impedancia vascular.
- c) Capa límite.

33. Que índice tobillo/brazo es propio de una claudicación intermitente:

- a) 0,10.
- b) 0,30.
- c) 0,60.

34. En relación con las varices, señale la respuesta falsa:

- a) Las complicaciones más frecuentes son la tromboflebitis superficial, la varicorragia y la ulceración de la piel.
- b) El tratamiento no quirúrgico de la enfermedad venosa crónica incluye la compresión, la elevación y el cuidado de la piel.
- c) Es recomendable únicamente la compresión como tratamiento para la curación de las úlceras venosas.

35. En relación con las varices, señale la respuesta falsa:

- a) Utilizar el tamaño de cabezal más grande minimiza la lesión del tejido y los hematomas.
- b) Se puede fijar un rollo de gasa humedecido con epinefrina en el extractor y arrastrarlo temporalmente al túnel para mejorar la hemostasia.
- c) La ecografía debe utilizarse antes de la operación para marcar la unión safenofemoral o safenopoplítea.

36. En relación con las indicaciones del tratamiento quirúrgico de las varices, señale la opción falsa:

- a) La existencia de una lipodermatoesclerosis.
- b) Dos o más episodios de tromboflebitis superficial.
- c) La presencia de una tromboflebitis superficial persistente que no responda a 8 semanas de tratamiento conservador.

37. En relación con los accesos vasculares para hemodiálisis, señale la respuesta incorrecta:

- a) Tanto la NKF-KDOQI como la Guía de Práctica Clínica de la SVS recomiendan que los pacientes con insuficiencia renal sean remitidos a un cirujano de acceso vascular cuando el aclaramiento de creatinina sea inferior a 25 mL/min.
- b) El 75% de los pacientes en hemodiálisis inician con un acceso AV permanente.
- c) Los accesos vasculares realizados al menos 4 meses antes de la diálisis, asocian menor riesgo de sepsis y de muerte en comparación con la creación de un acceso tardío (menos de 1 mes antes del inicio de la diálisis).

38. En relación con la infección de los accesos vasculares para hemodiálisis, señale la respuesta falsa:

- a) La mayoría de las infecciones de un acceso autólogo responde a un tratamiento de 23 meses de antibióticos, y rara vez es necesaria la cirugía.
- b) La infección del acceso protésico puede requerir la escisión completa del injerto.
- c) La sustitución parcial de un injerto protésico se relaciona con una infección recurrente de aproximadamente el 20% de los casos.

39. En la patología oclusiva crónica del sector aortoiliaco se forman muchas vías arteriales de colateralidad. Señale la respuesta falsa:

- a) El flujo arterial colateral se forma sobre todo a partir de arterias lumbares e hipogástricas.
- b) La circulación colateral nunca es suficiente para recanalizar el sistema arterial infrainguinal.
- c) La colateralidad Riolo-mesentérica superior-inferior-hemorroidal debe intentar preservarse durante la cirugía.

40. Los criterios velocimétricos de by-pass en riesgo en los by-pass con vena infrainguinales son los siguientes excepto:

- a) Velocidad pico-sistólica (PSV) > 300 cm/s.
- b) Velocidad telediastólica (EDV) >100 cm/s.
- c) Ratio de PSV > 3.5.

41. En relación con la realización de cirugía abierta de revascularización (bypass) en los pacientes diabéticos, señale la respuesta falsa:

- a) No existe evidencia de la superioridad del bypass de las extremidades inferiores con vena autógena en comparación con otros conductos.
- b) Las complicaciones postoperatorias pueden retrasar la recuperación y aumentar la estancia y el coste del hospital.
- c) La asociación de isquemia crítica y diabetes aumenta el riesgo de mortalidad a largo plazo.

42. ¿Qué es falso sobre la anticoagulación en el tratamiento de la isquemia aguda?:

- a) Es de elección la heparina no fraccionada por vía intravenosa.
- b) Si se usa heparina intravenosa no es necesario monitorizar el estado de coagulabilidad del paciente.
- c) No se puede catalogar como un tratamiento definitivo.

43. Entidad con la que debe realizarse el diagnóstico diferencial de un ateroembolismo:

- a) Endocarditis infecciosa.
- b) Vasculitis necrotizante.
- c) Mixoma.

44. El órgano más frecuentemente afectado por émbolos de colesterol es:

- a) Colón.
- b) Bazo.
- c) Riñón.

45. La sintomatología más frecuente de los aneurismas carotídeos es:

- a) Ruptura.
- b) Masa pulsátil.
- c) Dolor.

46. En relación con el estudio ecodoppler de la insuficiencia vertebro-basilar, indique la respuesta falsa:

- a) Tiene importantes limitaciones cuando se utiliza cuando se utiliza para detectar la patología de la arteria vertebral.
- b) La visualización directa de la segunda porción de la arteria vertebral del vaso es sencilla debido a su curso intraóseo.
- c) Su utilidad radica en su capacidad para confirmar la inversión del flujo.

47. En relación con los factores de riesgo de la disección aórtica aguda tipo B, señale la respuesta falsa:

- a) El síndrome de Marfan representa el 80% de los casos de disección aórtica aguda en pacientes menores de 40 años.
- b) Se asocia con anomalías estructurales de la pared aórtica y la presencia de una válvula aórtica bicúspide con o sin la dilatación de la raíz aórtica.
- c) El embarazo se asocia con un riesgo cuatro veces mayor de disección y rotura de la aorta en comparación con las mujeres no gestantes.

48. En la clasificación de Crawford el aneurisma de la aorta toraco-abdominal tipo III es:

- a) Distal al sexto espacio intercostal y por debajo de las arterias renales.
- b) Aorta abdominal completa.
- c) Desde el sexto espacio intercostal hasta la renales.

49. Sobre el diagnóstico de los aneurismas de aorta abdominal, es falso:

- a) La palpación abdominal tiene una sensibilidad de aproximadamente el 70%.
- b) La primera línea de diagnóstico en la ecografía.
- c) El angio-TC es la prueba de elección para indicar y diseñar el tratamiento.

50. De acuerdo con las Guías Europeas sobre el tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal, el segundo TAC de control tras el TAC inicial puede realizarse a 5 años siempre que se den las siguientes circunstancias, excepto:

- a) Ausencia de endofugas.
- b) Anatomía dentro de las indicaciones de uso de la endoprótesis.
- c) Shrinkage del saco aneurismático.

51. En los aneurismas de la aorta abdominal roto el TAC es:

- a) Solo presenta sensibilidad.
- b) Es más específico que sensible.
- c) Ambas por igual.

52. Respecto a los aneurismas de arteria mesentérica superior es falso:

- a) Es más frecuente que causen sintomatología que otros aneurismas viscerales.
- b) Su causa más frecuente es la aterosclerosis.
- c) Su reparación quirúrgica conlleva una mortalidad relativamente alta (15%).

53. Confirmado un síndrome de cascanueces sintomático, que técnica quirúrgica abierta se realiza habitualmente:

- a) Bypass venoso (safena).
- b) Transposición vena renal.
- c) Angioplastia.

54. Sobre un programa de cribado de aneurisma en mujeres, ¿qué enunciado le parece correcto, basándonos en la evidencia?:

- a) Está indicado en mujeres con edad superior a los 70 años.
- b) Un programa de detección de aneurisma de aorta abdominal en mujeres mayores de 65 años no parece coste-eficaz.
- c) Está indicado solamente en aquellos casos en los que la mujer sea fumadora.

55. Respecto a la tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger, señale la opción CIERTA:

- a) A diferencia de las vasculitis sistémicas, la tromboangeítis obliterante afecta a las extremidades sin asociar afectación cerebral, cardíaca o visceral.
- b) Los criterios diagnósticos de Shionoya incluyen, además de la edad inferior a 45 años y el tabaquismo, la presencia de unos hallazgos arteriográficos típicos (afectación distal con colaterales en “sacacorchos”).
- c) La flebitis migrans puede ser un “signo temprano” de la enfermedad y suele estar presente en hasta el 60% de los pacientes durante el curso de la misma.

56. Usted va a realizar una endarterectomía carotídea según la técnica clásica, ¿qué material utilizaría para el cierre de la arteriotomía?:

- a) Protésico.
- b) Autólogo.
- c) El que esté disponible.

57. Con respecto al manejo del aneurisma de aorta abdominal roto una de las siguientes opciones es falsa, señálela:

- a) Los datos del ensayo IMPROVE demostraron que las longitudes de cuello más cortas se asociaron con una mayor mortalidad, tanto en pacientes con cirugía abierta como con cirugía endovascular.
- b) El síndrome compartimental abdominal después de la reparación endovascular aumenta la mortalidad y se asocia con el uso de un balón de oclusión aórtica, transfusiones de sangre masivas, coagulopatía e inestabilidad hemodinámica.
- c) La anestesia local para la reparación endovascular del aneurisma roto, en el ensayo IMPROVE no reduce la mortalidad a los 30 días en comparación con la anestesia general.

58. Con respecto al tratamiento endovascular de la patología venosa iliofemoral, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) La trombosis de los stent es rara y ocurren casi exclusivamente en patología posttrombótica.
- b) La causa más frecuente de disfunción de los stent venosos es la no cobertura de las lesiones.
- c) La re-estenosis intra-stent es más frecuente en un síndrome posttrombótico, particularmente tras recanalización.

59. Con respecto a la endarterectomía carotídea y sus complicaciones neurológicas locales, señale la opción VERDADERA:

- a) La lesión del nervio laríngeo recurrente o vago produce parálisis de la cuerda vocal contralateral y se manifiesta como ronquera y pérdida de un mecanismo eficaz para la tos.
- b) Los nervios craneales que pueden afectarse son: el hipogloso, el laríngeo recurrente, el laríngeo superior, el mandibular marginal, el glosofaríngeo y el accesorio espinal.
- c) La disfunción del nervio craneal es la complicación neurológica más rara de la endarterectomía carotídea.

60. Siguiendo las recomendaciones durante el estudio de la aorta abdominal y sobre las consideraciones a tener en cuenta durante la misma, es incorrecta la siguiente aseveración:

- a) En ocasiones, la posición en decúbito lateral derecho nos ayudará a identificar la aorta y proceder a su medición en caso de interposición de gas.
- b) Los artefactos son ecos aberrantes que no se corresponden con estructuras reales presentes en el paciente.
- c) El artefacto denominado resonancia provoca una imagen en semiluna dentro de la aorta, debido al fenómeno de refracción que sufre el haz de ultrasonidos cuando incide de forma oblicua sobre la interfase que separa estructuras con distinta impedancia acústica.

61. Señale la respuesta falsa respecto al fundamento de las estrategias quirúrgicas en el síndrome varicoso:

- a) ASVAL – técnica hemodinámica.
- b) Endoláser – técnica termoablative.
- c) Esclerosis con vapor de agua – técnica ablativo-química.

62. Sobre el cronograma de seguimiento del AAA:

- a) Los aneurismas con diámetro inferior a 30 mm deben de ser revisados a los 24 meses.
- b) Los aneurismas con diámetro comprendido entre 30 y 35 mm no tienen por qué revisarse.
- c) Los aneurismas con diámetro comprendido entre 40-50 mm se aconseja sean revisados al menos cada 24 meses.

63. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta respecto a los aneurismas inflamatorios?:

- a) Pueden asociarse con obstrucción ureteral.
- b) En los cortes axiales del TAC se visualiza una reacción fibrótica alrededor del aneurisma a modo de “corteza”.
- c) La reparación endovascular de los aneurismas inflamatorios no produce una regresión de la inflamación peri-aneurismática y la fibrosis.

64. Si a la consulta acude un hombre joven que se queja de la aparición, relativamente brusca y reciente, de claudicación de la pantorrilla izquierda a corta distancia, pensaremos en:

- a) Una enfermedad quística adventicial si presenta pulsos distales que desaparecen con la flexión plantar activa o la dorsiflexión pasiva del pie.
- b) Un síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea si los síntomas de claudicación empeoran al ponerse de pie o caminar y mejoran con ejercicios más fuertes y el paciente nos dice que después del entrenamiento físico tiene dolor, parestesia y pies fríos.
- c) Una enfermedad quística adventicial si la claudicación de la pantorrilla es a corta distancia y a menudo el tiempo de recuperación es corto, menos de 2 minutos.

65. Todas las siguientes afirmaciones EXCEPTO una son indicación de tratamiento conservador de las lesiones arteriales traumáticas:

- a) Lesión de baja velocidad.
- b) Circulación distal intacta.
- c) Defecto de la pared arterial de > 2 cm con defecto de la íntima y hemorragia activa.

66. Señale la respuesta incorrecta respecto a los aneurismas de la arteria subclavia:

- a) Los aneurismas de la arteria subclavia distales están generalmente relacionados con el síndrome de la salida torácica.
- b) Los aneurismas de la arteria subclavia proximales son típicamente degenerativos.
- c) La etiología más frecuente de los pseudoaneurismas subclavios es la lesión iatrogénica por canulación inadvertida de la arteria.

67. Entre los procesos que conducen a la enfermedad arterial de las extremidades superiores se encuentra el vasoespasmo arterial y éste puede ocurrir con los siguientes, EXCEPTO:

- a) Ingesta de ergotamina.
- b) Exposición al cloruro de vinilo.
- c) Ingesta de antagonista del receptor de endotelina.

68. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la clínica del síndrome del desfiladero torácico (SDT)?:

- a) La forma más frecuente de SDT es la neurógena.
- b) De forma general, el 20% de los casos son mujeres.
- c) La costilla cervical es más frecuente en mujeres

69. Todos MENOS uno son factores de riesgo para desarrollar un síndrome compartimental abdominal tras un trauma vascular abdominal:

- a) Hipotensión prolongada.
- b) Trasfusiones masivas.
- c) Hipertermia.

70. Con respecto al tratamiento con stent carotideo, señale la respuesta CORRECTA:

- a) Es aconsejable la realización por parte del operador de, al menos, 12 procedimientos anuales.
- b) Es recomendable la post-dilatación si queda una estenosis residual aunque sea inferior al 30%.
- c) La pre-dilatación es sistemática con balones de 4 a 6 mm.

71. ¿Cuál de los siguientes factores inicia la activación de la vía extrínseca de la coagulación?:

- a) Factor IV plaquetario.
- b) Factor XIIa.
- c) Factor tisular.

72. En relación con los traumatismos vasculares abdominales, señale la afirmación CORRECTA:

- a) El vaso más frecuentemente afectado es la aorta infrarrenal.
- b) El vaso más frecuentemente afectado es la arteria mesentérica superior.
- c) El vaso más frecuentemente afectado es la vena cava inferior.

73. En cuanto a la técnica del stent carotídeo, señale la respuesta FALSA:

- a) Las actuales guías soportan el uso de sistemas de protección cerebral durante su realización.
- b) Es importante el control de las cifras de tensión arterial en la técnica trans-carotídea de flujo reverso, manteniéndolas por debajo de 160 mmHg, para minimizar el riesgo de hemorragia intracraneal.
- c) Se debe evitar la angioplastia post stent.

74. Respecto al tratamiento médico de la claudicación intermitente señale la opción CIERTA:

- a) El tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), como el ramipril, se ha asociado a un aumento de la distancia de claudicación y el tiempo de deambulación sin dolor respecto el placebo.
- b) El naftidrofurilo es un vasoconstrictor que influye en el metabolismo aeróbico y que ha mostrado efectos clínicos beneficiosos aumentando el tiempo de deambulación sin dolor.
- c) Los inhibidores de la hidroximetilglutaril-coenzima A (HMG-Co) reductasa, aumentan el colesterol y no han mostrado beneficios clínicos en la claudicación de miembros inferiores en pacientes con enfermedad arterial periférica.

75. Con respecto al diagnóstico del síndrome de congestión pélvica, señale la opción FALSA:

- a) La vena ovárica izquierda se origina en la vena renal ipsilateral.
- b) El tamaño normal de las venas ováricas es inferior a 5 mm.
- c) Durante el embarazo la capacidad venosa pélvica se mantiene igual.

76. En el test de Stradness para el diagnóstico de la claudicación intermitente:

- a) El aumento de la presión tras la realización del test se considera indicativo de isquemia crítica.
- b) La medición del ITB nunca debe realizarse antes de caminar en la cinta.
- c) La caída mayor del 50% sin recuperación posterior es indicativo de claudicación de origen arterial.

77. Con respecto a la clasificación del linfedema, cuando el edema es irreversible y existe fibrosis y esclerosis del tejido celular subcutáneo, nos encontramos ante un linfedema:

- a) Grado I.
- b) Grado II.
- c) Grado III.

78. Sobre la exploración de la aorta abdominal mediante ecografía, señale la aseveración incorrecta:

- a) La posición inicial es en decúbito supino.
- b) En ocasiones, tendremos que solicitar al paciente que se coloque en decúbito lateral.
- c) El artefacto por resonancia es causado por la presencia de trombo aórtico.

79. Respecto a los aneurismas de la arteria subclavia, señale la respuesta FALSA:

- a) Los pacientes con aneurisma de la arteria subclavia pueden notar la presencia de una masa pulsátil supraclavicular.
- b) Una esternotomía previa o toracotomía izquierda no es una contraindicación relativa para la cirugía abierta de los aneurismas.
- c) Los aneurismas verdaderos de la subclavia en adultos suelen ser degenerativos.

80. Sobre el tratamiento endovascular en sector distal, ¿qué respuesta es correcta?:

- a) Es recomendable emplear dispositivos recubiertos de fármaco antes de la angioplastia simple.
- b) En algunas ocasiones precisaremos implantar un stent, por ejemplo si existe una disección que limita el flujo
- c) Los stent liberadores de fármaco son de elección en el tratamiento de los segmentos proximales de los ejes distales.

81. Todas las afirmaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la patología vasculo-renal son ciertas, EXCEPTO:

- a) Los estudios ASTRAL y CORAL demostraron mejores resultados clínicos de la revascularización renal frente al tratamiento médico.
- b) El objetivo principal de revascularización es la preservación de la función renal.
- c) El bypass hepato-renal, espleno-renal y el autotrasplante constituyen una alternativa al bypass con injerto autólogo o protésico.

82. ¿Cuál de estos factores de trombofilia es el más frecuente en la población general?:

- a) Déficit de antitrombina III.
- b) Factor V Leyden heterocigoto.
- c) Mutación del gen de la protrombina G20210A en homocigosis.

83. Con respecto a las lesiones vasculares abdominales, señale la afirmación VERDADERA:

- a) El pronóstico de las lesiones aórticas abdominales penetrantes es significativamente peor que el de las lesiones en la aorta torácica.
- b) La exploración de los hematomas retroperitoneales de la zona 2 y 3, tras traumatismo cerrado, debe limitarse a pacientes con hematomas en expansión, pulsátiles o con fuga.
- c) El vaso más frecuentemente afectado es la arteria mesentérica superior.

84. ¿Qué personal sanitario debe realizar la exploración ecográfica abdominal en un programa de cribado de aneurisma de aorta abdominal?:

- a) Aquel que esté cualificado por entrenamiento, experiencia y resultados comprobados.
- b) El radiólogo.
- c) El angiólogo y cirujano vascular.

85. Señale la respuesta falsa respecto al fundamento de las estrategias quirúrgicas en el síndrome varicoso:

- a) ASVAL – técnica química.
- b) Safenectomía supragenicular – técnica hemodinámica.
- c) Esclerosis con polidocanol de troncos safenos – técnica química.

86. Con respecto al síndrome del estrecho torácico, sólo una de las siguientes opciones es VERDADERA, señálela:

- a) Más del 70% son hombres.
- b) La mayor incidencia es la del subtipo venoso.
- c) Las tres maniobras de provocación que deben hacerse son la de Adson, Roos y Elvey.

87. Todos los siguientes son riesgos asociados a la compresión ecoguiada de un pseudoaneurisma (PSA) femoral MENOS:

- a) Trombosis de la vena o arteria femoral.
- b) Embolización distal.
- c) Incomodidad del paciente.

88. Sobre la angioplastia en una arteria, señale la respuesta correcta:

- a) El diámetro del balón no debe ser superior al diámetro de la arteria.
- b) La anticoagulación no es precisa si se prevé un procedimiento corto.
- c) La punción ecoguiada solo es precisa si no se palpa pulso.

89. En relación con la isquemia crítica de la extremidad, ¿qué le parece correcto?:

- a) Antes de pensar en una revascularización, y en caso de lesiones, se debe tener resultados de los cultivos de la lesión.
- b) En la isquemia crítica de la extremidad la revascularización no debe demorarse. Esto es más cierto ante la coexistencia de lesiones e infección y el grado de las mismas.
- c) Independientemente del grado de lesión e infección, la amputación debe realizarse tras la revascularización de la extremidad.

90. Con respecto a la clasificación CEAP de la insuficiencia venosa crónica, la úlcera cicatrizada estaría en el estadio:

- a) C4c.
- b) C5.
- c) C6.

PREGUNTAS DE RESERVA:

91. La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León es:

- a) Un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad.
- b) Un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Presidencia.
- c) Un organismo autónomo del Ministerio de Sanidad.

92. Una de estas características clínicas es altamente sospechosa de síndrome del cascanueces:

- a) Hematuria.
- b) Proteinuria.
- c) Varices.

93. ¿Qué es falso sobre los aneurismas de la arteria poplítea?:

- a) La isquemia en extremidades inferiores es la presentación más común.
- b) Frecuentemente son bilaterales (alrededor del 50%).
- c) Más del 30% de los pacientes con aneurisma de aorta también tienen aneurisma poplíteo.

94. En relación con la etiopatogenia de la placa de aterosclerosis, señale la respuesta falsa:

- a) Un endotelio intacto puede ser un factor necesario para la progresión de la lesión aterosclerótica.
- b) Sólo las lesiones ulceradas más avanzadas carecen focalmente de endotelio.
- c) La lesión provoca una disminución de la adhesividad.

95. En relación con el tratamiento endovascular versus revascularización en el paciente diabético, señala la respuesta falsa:

- a) La supervivencia global y sin amputación a partir de los 2 años fue menor en el grupo sometido a cirugía.
- b) La supervivencia global y sin amputaciones al año es similar para ambos tratamientos.
- c) La trombosis de un bypass no siempre se asocia a la amputación.

96. Un pseudoaneurisma de la aorta torácica, causado por un trauma cerrado, señale cuál es su clasificación o grado en la escala de traumatismos de aorta torácica:

- a) Grado II.
- b) Grado III
- c) Grado IV.

97. Varón de 54 años, sin antecedentes de interés, que tras accidente de tráfico presenta lesión en arteria poplítea con sección completa de la misma y hemorragia activa. Fractura desplazada de platillo medial de tibia y peroné. Antes estos hallazgos, señale cuál considera la opción terapéutica más razonable:

- a) Observación y vigilancia.
- b) Cirugía mediante abordaje medial.
- c) Cirugía mediante técnicas endovasculares.

98. Los factores que se asocian a mayor riesgo de rotura de un aneurisma aórtico son los siguientes, EXCEPTO:

- a) El diámetro máximo del aneurisma de aorta abdominal es la base estándar para predecir el riesgo de rotura, los diámetros más grandes se asocian con el aumento del riesgo de rotura.
- b) Una tasa de crecimiento del aneurisma igual o superior a 10 mm a los 12 meses.
- c) La morfología del aneurisma fusiforme parece indicar un mayor riesgo de rotura en comparación con los aneurismas de forma sacular.

99. Todas las afirmaciones respecto a la displasia fibromuscular de la arteria renal son ciertas excepto una, señálela:

- a) Es la segunda causa más frecuente de estenosis de la arteria renal, después de la aterosclerosis.
- b) Las opciones de tratamiento en la displasia fibromuscular de la arteria renal son médicas, endovasculares y quirúrgicas.
- c) La mayoría de los aneurismas de la arteria renal tienen un alto riesgo de rotura y por tanto deberían ser tratados desde su diagnóstico.