JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

Categoría: F.E.A. Angiología y Cirugía Vascular

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES (B.O.J.A.: 22 de junio de 2007).

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en la hoja de examen que le han entregado constan sus datos personales.
- El **tiempo conjunto** de realización de las dos pruebas de este ejercicio es de un máximo de **cuatro horas**.
- **No abra** los cuadernillos hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rasgue el lado derecho perforado según se puede observar en la figura (esquina inferior derecha).
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo consta de 103 preguntas de las cuales las 3 últimas son de reserva. Las preguntas de este cuadernillo deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO», entre los números 1 y 103.
- Sólo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Examen».
- Todas las preguntas de este cuadernillo correspondiente a la «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con 1/4 del valor del acierto.
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Examen» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.
- En cada pregunta existe una y sólo una respuesta correcta.

– SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN SU «HOJA DE EXAMEN», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.
– UNA VEZ FINALIZADO EL EJERCICIO, PUEDE DISPONER DEL CUADERNILLO.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

APERTURA

©COPYRIGHT 2007 PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

1. Según la Ley de Salud de Andalucía el Servicio Andaluz de Salud es:
   A. Una Empresa Pública adscrita a la Consejería de Salud.
   B. Un Organismo Autónomo adscrito a la Consejería de Salud.
   C. Una Empresa Pública del Sistema Sanitario Público Andaluz.
   D. Una Sociedad Pública adscrita a la Consejería de Sanidad.

2. El Decreto 96/2004 establece como plazo máximo de respuesta para los procedimientos diagnósticos el de:
   A. 45 días
   B. 30 días
   C. 15 días
   D. 1 mes

3. De conformidad con la Ley 5/2003 la declaración de volunta vital anticipada podrá ser emitida:
   A. Solamente por las personas mayores de edad
   B. Por las personas mayores y menores de edad, indistintamente
   C. Por las personas mayores de edad y menores de edad si éstos cuentan con autorización del padre, madre o tutor
   D. Por las personas mayores de edad y menores emancipados

4. En el Servicio Andaluz de Salud la carrera profesional se organiza en:
   A. Tres niveles: inicial, intermedio y superior.
   B. Tres niveles: inicial, avanzado y excelente.
   C. Cinco niveles: I, II, III, IV y V.
   D. Dos niveles: experto y excelente.

5. El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece como herramientas fundamentales para avanzar en la gestión de la calidad de los Servicios Sanitarios:
   A. La promoción de la salud pública y la prevención.
   B. La gestión de los servicios basada en el procedimiento diferencial.
   C. La gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión de competencias.
   D. La gestión del conocimiento basada en la globalización.

6. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la estandarización de tasas de mortalidad por edad es correcta:
   A. La estandarización por edad permite la comparación de las tasas de mortalidad entre poblaciones con diferentes niveles de envejecimiento.
   B. El método que se utiliza más frecuentemente es el indirecto.
   C. El método directo es de elección cuando queremos estandarizar las tasas de mortalidad en poblaciones de pequeño tamaño.
   D. El método directo se utiliza en los casos en que desconocemos las tasas de mortalidad específicas por edad de la población cuyas tasas queremos estandarizar.

7. Cuál de las siguientes no es una característica de los estudios de casos y controles:
   A. Son estudios observacionales
   B. El criterio de selección de los sujetos es la presencia o no de enfermedad
   C. Son estudios longitudinales
   D. Son estudios prospectivos

8. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre pruebas diagnósticas es correcta:
   A. El valor predictivo positivo aumenta cuando la prevalencia de la enfermedad aumenta.

B. La sensibilidad es la probabilidad de que un individuo sano tenga la prueba positiva.
C. El valor predictivo negativo es la probabilidad de que un individuo enfermo tenga la prueba negativa.
D. Los valores predictivos no dependen de la prevalencia de la enfermedad.

9. ¿Cuál de los siguientes estudios son los que aportan mayor evidencia científica?:
A. Los meta-análisis de estudios observacionales
B. Los estudios de cohortes
C. Los ensayos clínicos aleatorizados y controlados
D. Los estudios de casos y controles

10. Cuál de estas medidas no es una medida de centralización:
A. Media
B. Mediana
C. Moda
D. Rango o recorrido.

11.- En las lesiones arterioescleróticas, cual de los siguientes hallazgos constituye una característica en su fase más inicial:
A) Denudación endotelial.
B) Rotura de lámina elástica interna.
C) Depósitos focales de fibrita.
D) Incremento a nivel intimal de macrófagos con gran contenido lipídico.

12.- Cuál, entre los siguientes factores de riesgo para la arteriopatía periférica, es un factor predictivo independiente de episodios vasculares en el futuro
A) Edad.
B) Diabetes.
C) Hipertensión Arterial.
D) PCR.

13.- El índice de pulsatilidad de pico a pico (IPpp),
A) Es la diferencia de frecuencia entre uno y otro pico de la onda döppler dividida por al amplitud media de las ondas.
B) En las extremidades inferiores normales alcanza su máximo valor en las arterias más proximales.
C) El ippp proximal dividido por el ippp distal da como resultado el factor de amortiguación.
D) El índice de pulsatilidad depende de la frecuencia cardiaca y del ángulo de la sonda.

14.- En cuál de los siguientes casos considera más válida la toma de presión en dedo del pie que la presión en tobillo
A) En un paciente diabético con lesión isquémica en el pie, con mala evolución y con un ITB = 0,7.
B) En un paciente no diabético con dolor de reposo e ITB = 0,2.
C) En un paciente que precisa amputación infracondílea.
D) En un paciente con un puente fémoro tibial anterior con vena safena "in situ".

15.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la angiografía de resonancia magnética (ARM) es incorrecta?
A) Proporciona imágenes tridimensionales de alta resolución en todo el abdomen, pelvis y extremidades inferiores en una sola exploración.
B) Determina la idoneidad de las lesiones para tratamiento endovascular.
C) La ARM con contraste tiene una sensibilidad y especificidad < 90% para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica en comparación con la angiografía invasiva.
D) Con la modulación del paso del contraste al pie y con los métodos de obtención de imagen en paralelo, la ARM puede captar de manera uniforme más vasos permeables por debajo de la rodilla que la angiografía de sustracción digital.

16.- La ecocompresión de un pseudoaneurisma se encuentra indicada excepto:
A) Pseudoaneurismas femorales tras cateterismo.
B) Pseudoaneurismas braquiales tras cateterismo.
C) Pseudoaneurismas sobre prótesis tras cateterismo.
D) Pseudoaneurismas anastomóticos.

17.- En los pacientes con enfermedad arterial periférica asintomática, la medicación que se debe utilizar como primera opción para reducir la concentración de colesterol LDL, según la recomendación 2 del TASC II es:
A) Modificación de la dieta.
B) Estatinas.
C) Fibratos.
D) Niacinas.

18.- No se reconoce como un papel de la función endotelial en el proceso de coagulación la
A) Regulación de la función de la trombina al unirse a la trombomodulina.
B) Liberación de la interleucina-8 en el control del sistema fibrinolítico.
C) Liberación de derivados de las prostaglandinas en el control de la función plaquetaria.

D) Liberación de óxido nítrico.

19.- Según la recomendación 8 del TASC II, a los pacientes con enfermedad arterial periférica tratados con cirugía vascular, y con objeto de reducir la morbi-mortalidad de origen cardíaco, se les debe administrar perioperatoriamente
A) AAS.
B) Ácido fólico.
C) Antiagregantes.
D) Betabloqueantes.

20.- ¿Cuál de los siguientes parámetros se ha mostrado más eficaz en el pronóstico de viabilidad de la extremidad en la isquemia crónica de miembros inferiores?.
A) El índice tobillo brazo en el miembro afecto.
B) La descripción clínica del paciente.
C) La edad y sexo.
D) La presencia de enfermedad contralateral.

21.- Entre las medidas terapéuticas que se deben aplicar a un paciente con hipertensión reno-vascular y disfunción renal que se vaya a someter a un procedimiento endovascular, no se encuentra
A) Uso de cantidad mínima de contraste.
B) La utilización de contrastes hiperosmolares.
C) Hidratación previa a la intervención.
D) N-acetil-cisteína.

22.- Según la ley de Poiseuille el gradiente de presión, en un modelo ideal de flujo, es inversamente proporcional a:
A) La cuarta potencia del radio del vaso.
B) La viscosidad del fluido.
C) La velocidad del flujo.
D) La longitud del vaso.

23.- El factor más determinante de la gravedad y pronóstico de una oclusión aguda arterial en los miembros inferiores es:
A) Clínica de más de 4-6 horas.
B) Tamaño del embolo.
C) Desarrollo adecuado de circulación colateral.
D) Extensión del trombo secundario a nivel distal a la oclusión.

24.- El lugar más frecuente de origen de un embolo arterial es:
A) El ventrículo izquierdo.
B) La aurícula izquierda.
C) Las valvas valvulares enfermas.
D) La aorta torácica.

25.- Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta, según los estudios STILE y TOPAS sobre trombolisis dirigida con catéter para tratamiento de la isquemia aguda de las extremidades
A) El riesgo de hemorragia intracraneal es de, aproximadamente, 20 % con trombolisis.
B) El tratamiento de los injertos/bypass obstruidos tiene mejor resultado que el tratamiento de las arterias nativas.
C) Los pacientes tratados con trombolisis precisan menos intervenciones quirúrgicas abiertas.
D) El riesgo de hemorragia grave aumenta con la trombolisis en comparación con la revascularización quirúrgica.

26.- Es una contraindicación "relativa" para la trombolisis en la isquemia aguda de una extremidad
A) Hemorragia digestiva en los diez días previos.
B) Hipertensión arterial no controlada (sistólica>180 mm Hg o diastólica >110 mm Hg).
C) Embarazo.

D) Episodio cerebro-vascular establecido (excluyendo el Accidente Isquémico Transitorio. (AIT) en los dos meses previos)

27.- En relación a la enfermedad arterial periférica en el sector aorto ilíaco y el consenso TASC II, una de los siguientes enunciados es falso:

A) Una lesión estenótica aislada unilateral de la arteria ilíaca externa es una lesión tipo A y su tratamiento de elección es endovascular.
B) La oclusión completa unilateral de arteria ilíaca común y de iliaca externa es una lesión tipo D y el tratamiento de elección es quirúrgico.
C) Una estenosis menor de 3 cm. de longitud de la aorta infrarenal es una lesión tipo C y es preferible el tratamiento quirúrgico en pacientes sin especial riesgo operatorio.
D) La oclusión unilateral de la arteria iliaca común es una lesión tipo B y es preferible el tratamiento endovascular.

28.- En relación al puente fémoro femoral, una de las siguientes afirmaciones no es cierta:

A) Presenta mejores tasas de permeabilidad a largo plazo que el puente ilio femoral.
B) En caso de estenosis en la iliaca del lado donante, ésta debería ser tratada mediante tratamiento endovascular, para mejorar el flujo de entrada ("in flow") y aumentar la permeabilidad.
C) Presenta tasas de permeabilidad más bajas si la arteria femoral superficial del lado receptor está ocluida.
D) Es un tratamiento quirúrgico válido en pacientes de alto riesgo con lesiones de tipo D a nivel iliaco unilateral.

29.- La causa más importante de fallo precoz de un by-pass protésico es:

A) Hiperplasia intimal.
B) Fallo técnico.
C) Progresión de la enfermedad.
D) Todas las anteriores.

30.- Ante un paciente con dolor de reposo, con patrón hemodinámica de isquemia crítica, y lesiones tipo B en el sector aorto ilíaco, con disfunción ventricular izquierdo por cardiopatía isquémica hay que

A) Intentar de entrada tratamiento conservador.
B) Realizar cirugía ortoanatómica (puente aorto femoral o bifemoral) por vía retroperitoneal.
C) Decidir tratamiento endovascular de entrada.
D) Tratamiento con prostaglandinas i.v. y en caso de empeoramiento, realizar amputación.

31.- El ITB (índice tobillo brazo):

A) Debe ser realizado a todo paciente, con sintomatología que aparece con el ejercicio en las piernas, tenga o no factores de riesgo cardiovascular.
B) Igual o inferior a 0,9 implica enfermedad arterial en miembros inferiores, sintomática o asintomática.
C) No será valorable cuando tenga valores de más de 1,25 en pacientes diabéticos.
D) Todo lo anterior es cierto.

32.- En la clasificación TASC de las lesiones femorales y poplíteas, las lesiones tipo B corresponden a

A) Estenosis u oclusiones múltiples con un total > 15 cm con o sin calcificación intensa.
B) Oclusiones totales crónicas de la arteria femoral común (AFC) o arteria femoral superficial (AFS) (>20 cm con afectación de la arteria poplítea).
C) Oclusión única de longitud </= 5 cm.
D) Oclusión intensamente calcificada de longitud </= 5 cm.

33.- La hiperplasia intimal es la causa más importante de trombosis de prótesis vasculares:

A) Durante el primer mes.
B) Entre el primer mes y hasta los dos años del procedimiento.
C) Después de los 24 primeros meses.
D) No causa trombosis protésica.

34.- En relación a la isquemia crítica de miembros inferiores, una de las siguientes afirmaciones es falsa:
A) Los pacientes dentro de las categorías 4, 5 y 6 de la clasificación de Rutherford estarían englobados en el concepto de isquemia crítica.
B) Los pacientes con isquemia aguda formarían parte de este concepto.
C) Los pacientes con una presión en tobillo por debajo de 50 mmHg.
D) Los pacientes claudicantes no están englobados en este concepto

35.- Según el TASC II, ¿Cuál es la afirmación correcta?
A) El tratamiento de elección para una oclusión única de 5 cm de longitud en la arteria femoral superficial (FS) es la cirugía.
B) El tratamiento de elección para una oclusión en el sector fémoro-poplíteo de 15 cm de longitud con poplítea infragenicular sana es un procedimiento endovascular.
C) El tratamiento de elección para unas estenosis múltiples que sumen más de 15 cm., sin calcificación intensa en paciente de bajo riesgo, es un procedimiento endovascular.
D) El tratamiento de elección para una oclusión de la arteria femoral superficial (AFS) de 21 cm. es un procedimiento endovascular.

36.- En un paciente con lesiones tróficas en el pie (grado V de Rutherford) y con arteriosclerosis obliterante a varios niveles, moderada estenosis de arteria ilíaca y obliteración de la femoral superficial con reinyección a una arteria tibial posterior con buena entrada en pie, visualizando arco plantar y arterias interdigitales. La conducta operatoria mejor sería:
A) Angioplastia con balón de la lesión ilíaca y puente fémoro tibial posterior con vena safena, en el mismo acto quirúrgico.
B) Amputación de la pierna.
C) Angioplastia con balón de la ilíaca y profundoplastia.
D) Angioplastia con balón de la ilíaca y a la semana, puente fémoro tibial posterior con vena safena.

37.- ¿Cuál de los siguientes enunciados con respecto a la arteriopatía diabética es falso?:
A) El índice tobillo brazo es el método más adecuado en el diagnóstico de la misma.
B) Las amputaciones de dedo tendrán buen pronóstico con presiones en dedo de 50mm o superiores.
C) Las amputaciones de dedo tendrán mal pronóstico con presiones de dedo de 20 mm o inferiores.
D) Todas las anteriores son verdaderas.

38.- En un paciente de 75 años con diabetes mellitas insulindependiente, claudicante, que ha acortado progresivamente el perímetro de marcha hasta entrar en dolor de reposo, una de las siguientes afirmaciones es cierta:
A) Las indicaciones de revascularización no difieren de un paciente no diabético con la misma sintomatología.
B) Al tener un predominio de lesiones de vasos distales, los posibilidades de tratamiento endovascular son muy escasas.
C) Será candidato a simpatectomía lumbar en el caso de que no tenga posibilidades de cirugía arterial directa.
D) En caso de indicar un puente femoro poplíteo infragenicular utilizaremos un injerto protésico, con el fin de preservar la vena safena para un posible puente distal.

39.- En el caso de un paciente de 31 años, hombre, gran fumador, que acude al hospital por tromboflebitis superficial y claudicación plantar de una pierna, con ausencia de pulsos pedio y tibial posterior en la misma, el primer diagnóstico de sospecha será:
A) Síndrome de canal medular estrecho.
B) Tromboangeitis obliterante (Enfermedad de Buerger).
C) Ateroembolismo.
D) Ninguno de las anteriores.

40.- Cual es la afirmación correcta de entre las siguientes que se refieren a las características anatomo-patológicas de la tromboangeítis obliterante
A) La trombosis se observa en arterias y venas de calibres mediano y pequeño, con marcada proliferación celular e infiltrado inflamatorio del trombo.
B) Se observa desestructuración de la arquitectura de la pared vascular afectando, sobre todo, a la lámina elástica interna.
C) No se ven microabcesos ni se detectan células gigantes multinucleadas.
D) La enfermedad causa necrosis de la pared arterial.

41.- Según la clasificación de la Conferencia Internacional de Tokio sobre la arteritis de Takayasu, ¿cual de estas afirmaciones es cierta?
A) En el tipo I se afecta sólo el cayado aórtico.
B) En el tipo IIa se afectan las ramas del cayado aórtico.
C) En el tipo IIb, la aorta ascendente, cayado y ramas.
D) En el tipo III se afecta la aorta torácica descendente, aorta abdominal y ramas.

42.- ¿Cuál es el parámetro indicador definitorio -por sí sólo- para determinar con exactitud el grado de actividad de la arteritis de Takayasu?
A) V.S.G.
B) La concentración de IL-6.
C) La concentración de RANTES.
D) Aún no hay un parámetro definitivo que defina la progresión de la arteritis.

43.- La revascularización endovascular de la arteria renal será facilitado por todo lo siguiente, excepto:
A) Uso de catéter guía o introductures adaptados para un acceso seguro.
B) Uso de proyecciones oblicuas para mejor visualización.
C) "Stenting" primario de todas las lesiones de la arteria renal: ostiales y distales.
D) Uso de acceso humeral para abordaje de las renales con trayecto muy oblicuo caudalmente.

44.- Una de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación a la fibrodisplasia arterial:
A) Afecta más frecuentemente al sexo femenino.
B) Suele aparecer entre la 2ª y la 4ª década de la vida, aunque puede ser descubierta a partir de los 60 años por tratarse de lesiones asintomáticas en muchos casos.
C) La localización más frecuente es la arteria mesénterica superior.
D) En su etiopatogenia se han descrito causas genéticas, hormonales y mecánicas entre otras.

45.- Con respecto a las lesiones vasculares abdominales ¿cual de las siguientes afirmaciones es cierta?
A) El vaso mas frecuentemente afectado es la arteria hepática.
B) El vaso mas frecuentemente afectado es la arteria esplénica.
C) El vaso mas frecuentemente afectado es la vena cava inferior.
D) El vaso mas frecuentemente afectado es la aorta abdominal infra-renal.

46.- Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a los traumatismos vasculares es cierta?:
A) La estabilización de la lesión se realizará siempre con anterioridad a la reconstrucción vascular para protegerla de movimientos posteriores.
B) La reparación arterial se realizará siempre antes que la venosa y la ósea.
C) El uso de shunt temporales está contraindicado en los traumatismos vasculares.
D) La reconstrucción venosa podría preceder a la arterial si el vaso venoso afectado es la única fuente de drenaje del miembro.

47.- Sobre las lesiones traumáticas de la aorta torácica, ¿cual de las siguientes respuesta es la cierta?
A) Las más frecuentes se producen en la concavidad del cayado aórtico.
B) Las más frecuentes se localizan en la convexidad del cayado aórtico.
C) Las más frecuentes se localizan inmediatamente proximal a la arteria subclavia. izquierda

D) Las más frecuentes se localizan inmediatamente distal a la arteria subclavia izquierda.

48.- En el caso de lesión traumática del origen de la arteria subclavia izquierda por arma blanca con shock hipovolémico y riesgo vital, en ausencia de medios endovasculares para una reparación de emergencia:

A) Realizaremos un abordaje quirúrgico cervical con extensión a esternotomía en el caso de no ser suficiente.
B) Realizaremos una toracotomía izquierda alta (generalmente entre 3º y 4º espacio intercostal).
C) Es preferible una esternotomía media.
D) Realizaremos un puente carótido subclavio en primer lugar para preservar la viabilidad del miembro superior izquierdo.

49.- En el caso de una lesión traumática en el origen del tronco braquicefálico, cual sería la vía de abordaje idónea para resolver dicha situación?

A) Toracotomía anterolateral derecha.
B) Toracotomía anterior bilateral cruzando el esternón.
C) Toracotomía anterolateral derecha prolongada con una incisión supraclavicular derecha (apertura en "libro").
D) Estereotomía media prolongada con extensión cervical siguiendo la línea del esternocleidomastoideo.

50.- En relación a los traumatismos vasculares abdominales una de las siguientes afirmaciones no es cierta:

A) Se pueden acompañar de lesiones de vísceras huecas.
B) En el caso de lesiones de vena cava yuxtarrenal es se gran utilidad realizar una maniobra de Kocher que englobe colon ascendente y duodeno.
C) En el caso de afectar a territorio supramesocólico cursan con muy baja mortalidad.
D) Las técnicas endovasculares constituyen una ayuda notable en traumatismos de vasos ilíacos.

51.- En el caso de lesión traumática del tronco celíaco:

A) No debería ser tratado con ligadura del mismo por producir isquemia hepática grave.
B) No debería ser tratado con ligadura del mismo, por producir infarto esplénico.
C) La disección del mismo es realmente sencilla por estar rodeado de tejido laxo y ser de fácil acceso.
D) Se puede ligar sin problemas el tronco celíaco para solucionar el problema de hemorragia tras un traumatismo.

52.- Entre las complicaciones vasculares en relación al consumo de drogas nos podemos encontrar cuadros de:

A) Trombosis venosa profunda.
B) Aneurismas micóticos.
C) Lesiones de gangrena en mano con presencia de pulso radial y/o cubital.
D) Todo lo anterior.

53.- El signo de Nicoladoni-Braham consiste en:

A) El descenso de la presión arterial diastólica en pacientes con fístula arterio-venosa.
B) El descenso de la frecuencia cardiaca al comprimir una fístula arterio-venosa.
C) El incremento del frémito al comprimir la comunicación.
D) La aparición de un aneurisma asociado a la misma fístula.

54.- Las características principales del síndrome de Klippel Trenaunay incluyen:

A) Presencia de abundantes fístulas arteriovenosas.
B) Resolución espontánea antes de la pubertad.
C) Pobre respuesta al tratamiento en la mayoría de los casos.
D) Afectación bilateral en la mayoría de los casos.

55.- Se conoce como aneurisma micótico criptogénico

A) El que se origina a partir de focos alejados y no embólicos.
B) El aneurisma originado por embolismo séptico.
C) El originado por la extensión directa de un proceso infeccioso local vecino.

D) El formado por un traumatismo penetrante arterial

56.- La infiltración de células inflamatorias en la pared aórtica de los aneurismas se localiza fundamentalmente en:
A) Intima.
B) Media.
C) Adventicia.
D) No existe infiltración de células inflamatorias.

57.- ¿Cuál de los siguientes factores influye menos el patogénesis de los aneurismas?.
A) Incremento en la actividad de las colagenasas.
B) Predisposición genética.
C) Incremento en la elastina de la capa media.
D) Degeneración de la placa arteriosclerótica.

58.- Siguiendo la clasificación de aneurismas toracoabdominales desde el tipo I al tipo IV, cual tiene la incidencia más baja de lesión isquémica medular en relación a su reparación quirúrgica.
A) Tipo I.
B) Tipo II.
C) Tipo III
D) Tipo IV.

59.- En un paciente de 72 años con fracción de eyección ventricular del 25 % y con aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de 65 mm de diámetro, con una longitud de cuello de 15 mm, la opción terapéutica más razonable sería:
A) Reparación endovascular.
B) Reparación quirúrgica por vía retroperitoneal.
C) Control anual y cirugía endovascular en caso de crecimiento.
D) Cualquiera de las anteriores.

60.- Cuando en el postoperatorio de la reparación, por vía transperitoneal, de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) observa que, a las 48 horas, el paciente presenta diarrea con sangre, dolor y distensión abdominal, ¿qué prueba esta indicada?
A) Arteriografía de la reconstrucción.
B) Enema opaco.
C) Radiografía simple de abdomen.
D) Sigmoidoscopia.

61.- La razón más frecuente (más del 50%) por la que se considera que un paciente con aneurisma de aorta abdominal no es candidato a la reparación endovascular es
A) Las arterias de acceso son tortuosas o calcificadas.
B) Presencia de circulación colateral desarrollada.
C) Anatomía inadecuada del cuello.
D) Anatomía inadecuada del punto de la sujeción distal.

62.- Cuál de los siguientes tratamientos no es adecuado para tratar una endo-fuga tipo I (rut1462)
A) Médico/conservador.
B) Extensión.
C) Embolización.
D) Conversión.

63.- En todas excepto en una el abordaje retroperitoneal del aneurisma puede presentar claras ventajas frente a la vía anterior.
A) Aneurismas inflamatorios.
B) Historia previa de sepsis abdominal.
C) Presencia de riñón en herradura.
D) Aneurisma aórtico asociado a aneurisma ilíaco bilateral.

64.- En relación a los aneurismas de la arteria esplénica una de las siguientes afirmaciones es falsa:
A) Son más frecuentes que los aneurismas de la arteria hepática.

B) Son menos frecuentes en el sexo masculino.
C) Suelen ser saculares.
D) Tiene escaso riesgo de ruptura cuando están calcificados.

65.- Los aneurismas de la arteria renal deben de ser reparados bajo qué indicación:
A) Hipertensión renovascular.
B) Gran calcificación del aneurisma.
C) Tamaño del mismo > 2,5 cm.
D) Asociado a disección crónica.

66.- La causa más común de aneurisma de arteria hepática es:
A) Micótico.
B) Sepsis biliar.
C) Pseudoaneurisma traumático
D) Degeneración de la capa media de la arteria.

67.- ¿Cuál de las siguientes resulta la presentación clínica más frecuente en pacientes con aneurisma poplíteo?.
A) Ruptura del mismo.
B) Isquemia aguda de la pierna y pie.
C) Trombosis venosa poplítea.
D) Claudicación de muslo.

68.- El tipo IIIa de la disección aórtica se refiere a la disección que
A) Nace de la aorta descendente y queda limitada a ella.
B) Afecta a la descendente y una extensión variable de la aorta abdominal.
C) Se origina en la aorta ascendente y queda limitada a ella.
D) Tiene su origen en la aorta ascendente y se extiende por el cayado aórtico y aorta descendente o abdominal.

69.- En la disección aórtica es falso que:
A) Los factores que predisponen a la disección aórtica son la hipertensión arterial, que coexiste en el 70% de los pacientes, y la necrosis quística de la media.
B) En la disección tipo A pueden aparecer hemopericardio y taponamiento cardíaco.
C) El trimetafán, puede utilizarse si no pudiera emplearse nitroprusiato ni labetalol.
D) La causa más frecuente de morbi-mortalidad perioperatoria son los accidentes cerebrovasculares que ocurren durante la intervención.

70.- El Raynaud primario:
A) Es sinónimo de síndrome de Raynaud vasoespástico.
B) Se caracteriza por obstrucciones permanentes de las arterias digitales.
C) Es con frecuencia unilateral y a veces limitado a un dedo.
D) Con frecuencia origina úlceras dolorosas digitales.

71.- El tratamiento inicial más efectivo para la trombosis axilo subclavia de esfuerzo es:
A) Trombectomía quirúrgica seguida de anticoagulación.
B) Heparina seguida de anticoagulación oral.
C) Trombolisis locoregional seguida por anticoagulación.
D) Vendaje elástico.

72.- En la clasificación embriológica de la compresión de la arteria poplítea, hay un tipo que no se debe a la migración de la cabeza medial del gastrocnemio sino al desarrollo anómalo de la arteria poplítea. ¿Cuál de ellos es?
A) Tipo I.
B) Tipo II.
C) Tipo III.
D) Tipo IV.

73.- El diagnóstico de la compresión de la arteria poplítea es muy probable cuando se detectan una o varias observaciones en proyecciones neutras no forzadas en la angiografía. De entre las siguientes, una no es necesariamente sugerente de compresión de la arteria poplítea
A) Oclusión de todo el eje poplíteo.

B) Oclusión segmentaria de la parte media de la arteria.
C) Dilatación postestenótica.
D) Desviación medial de la parte proximal de la arteria poplítea.

74.- El tratamiento ideal de la enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea es:
A) Punción del quiste y evacuación.
B) Puente con prótesis de PTFE desde 1ª a 3ª porción de poplítea.
C) Aspiración del quiste guiada por TAC.
D) Ninguna de las anteriores.

75.- Las características angiográficas de displasia fibromuscular de la arteria renal pueden ser todas menos:
A) Estenosis irregulares que afectan a los 2 primeros centímetros de la arteria renal.
B) Aspecto de collar de perlas.
C) Aneurismas que afectan a las ramas de la arteria renal.
D) Oclusión de la arteria renal.

76.- Las complicaciones de la angiografía cerebrovascular:
A) Son más frecuentes las neurológicas que las relacionadas con el punto de punción o administración de material de contraste.
B) Producen muerte o stroke en menos del 2% de los casos.
C) Se disminuyen con la administración de la heparina sistémica.
D) Se reducen con la sedación al reducir las necesidades metabólicas cerebrales.

77.- Según los criterios actualizados de la Universidad de Washington para la valoración de la estenosis de la carótida interna basados en el método europeo de medición angiográfica de la estenosis
A) Una velocidad sistólica máxima (VSM) > 125 cm./sg. se corresponde con una reducción del diámetro de 16-49%.
B) Una VSM =/< 125 cm./sg. con marcado ensanchamiento del espectro se corresponde con una reducción del diámetro de 50-79%.
C) Una velocidad telediastólica (VTD) < 140 cm./sg. es uno de los datos que sugiere una estenosis del 50-79%.
D) En una estenosis del 80-99% no se detecta VTD.

78.- El estudio NASCET demuestra que pacientes con estenosis >70%:
A) Y que habían sufrido AIT, tenían menos stroke tras la endarterectomía carotídea que el grupo tratado médicamente sólo.
B) Y que habían sufrido un pequeño stroke, tenían menos stroke tras la endarterectomía carotídea que el grupo tratado médicamente sólo.
C) El subgrupo tratado con endarterectomía presentó menos muertes que el grupo manejado médicamente sólo.
D) Todas las anteriores.

79.- En relación a la isquemia cerebro vascular de origen extracraneal ¿cuál es la afirmación verdadera?
A) La endarterectomía carotídea tiene un grado de evidencia A y un nivel de recomendación 1 en el tratamiento de lesiones sintomáticas >70% de carótida.
B) El "stenting" carotídeo tiene mayor incidencia de complicaciones por lo que se debe reservar solo a pacientes con alto riesgo anestésico.
C) En pacientes asintomáticos con estenosis > 60%, el mejor tratamiento es la antiagregación plaquetaria.
D) En la demencia multinfarto la endadarterectomía carotídea bilateral mejora notablemente la clínica del paciente.

80.- Entre las siguientes circunstancias clínicas, en pacientes de alto riesgo, cual se considera indicación de angioplastia con implantación de endoprótesis carotídea
A) Lesiones con trombos recientes.
B) Estenosis extensas de más de 2 cm. de longitud.
C) Estenosis críticas (>99%).
D) Endarterectomía previa (reestenosis).

81.- El tratamiento quirúrgico estándar de la patología vertebrobasilar incluye:
A) Simpatectomía cervical como procedimiento añadido.
B) By-pass a segmento V1.
C) By-pass a segmento V2.
D) By-pass a segmento V4.

82.- ¿Cuál afirmación es cierta con relación a la displasia fibromuscular de la carótida interna?:
A) Es la tercera localización mas frecuente de esta enfermedad.
B) El tipo más frecuente es la fibrodisplasia de la media.
C) A diferencia de las arterias renales no existen diferencias en cuanto a presentación por género.
D) La afectación es más frecuente en el segmento superior que en el segmento medio de la arteria carótida interna.

83.- ¿Cuál de los siguientes supuestos no sería indicación para revascularización de arterias viscerales?:
A) Oclusión de arteria mesentérica superior en un paciente con típico dolor abdominal y pérdida de peso.
B) Oclusión asintomática tanto de tronco celíaco como mesentérica superior en paciente que va a ser sometido a cirugía de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.
C) Dolor abdominal y pérdida de peso en paciente con > 60% de estenosis de arteria mesentérica y tronco celíaco con oclusión de la arteria mesentérica inferior.
D) Oclusión del tronco celíaco con arteria mesentérica superior e inferior normales en paciente joven con una historia de dolor abdominal sin perdida de peso de menos de un año de evolución.

84.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a la isquemia crónica mesentérica es falsa?
A) Generalmente, dos de las tres ramas con destino intestinal deben estar seriamente afectadas para que exista sintomatología.
B) Suele existir dolor postpandrial típico que acaba produciendo rechazo a la comida.
C) La técnica revascularizadora podrá ser mediante endarterectomía o puente con injerto autólogo o protésico, en función de los vasos afectados.
D) El diagnóstico de sospecha es bastante fácil mediante endoscopia digestiva.

85.- ¿Cuál es el método diagnóstico más seguro para identificar estenosis hemodinámicamente significativas en la arteria renal común?
A) Niveles de renina plasmática.
B) Ecodoppler arterias renales.
C) DIVAS del sector.
D) Test de la Angiotensina.

86.- En el caso de un paciente que acude al servicio de urgencias con edema y empastamiento unilateral de un miembro inferior, con un dímero D > 1000, y un Eco – Doppler que evidencia una trombosis venosa profunda (TVP), sin clínica respiratoria, la conducta más razonable será:
A) Realizarle una flebografía que confirme la trombosis venosa profunda (TVP).
B) Plantear tratamiento ambulatorio con heparina de bajo peso molecular (HBPM), siempre que cumpla criterios para el mismo.
C) Ingresarlo para tratamiento hospitalario con heparina no fraccionada en perfusión continua a dosis anticoagulante.
D) Pedir TAC torácico helicoidal para descartar embolia pulmonar (EP).

87.- El agente que más interviene en la génesis de una trombosis venosa es:
A) Antitrombina .
B) Hiperhomocisteinemia.
C) Agregación anómala de plaquetas.
D) Lipoproteínas.

88.- En el diagnóstico ecográfico de la trombosis venosa:

A) Es un criterio diagnóstico observar aumento del diámetro >70% durante la maniobra de Valsalva.
B) La visualización del trombo asociada a la incompresibilidad venosa como elementos para el diagnóstico comporta una sensibilidad del 96% y una especificidad del 82%.
C) En cuanto a la falta de compresibilidad en la ecografía modo B la ausencia de flujo fásico y la ausencia de flujo espontáneo son las referencias de máximo valor predictivo.
D) En la trombosis reciente, el trombo suele estar atravesado por múltiples conductos de flujo y el diámetro de la vena está disminuido.

89.- Todas las afirmaciones siguientes sobre la claudicación venosa del muslo son ciertas, a excepción de una
A) Aparece durante y tras el ejercicio.
B) Se debe a que no se ha producido ninguna recanalización tras la trombosis ilio-femoral previa.
C) Desaparece, como la claudicación de causa arterial, inmediatamente después de parar los ejercicios.
D) Se manifiesta como dolor "en estallido" o sensación de peso/tirantez.

90.- Se registran experiencias como agentes fibrinolíticos con
A) Tirofibán.
B) Eptifibatida.
C) Bivalirudina.
D) Ultrasonidos.

91.- Ante un paciente con trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar y contraindicación para la anticoagulación, en el que situación se encuentra contraindicado la colocación de un filtro de vena cava:
A) Sepsis con bacteriemia.
B) Embarazo.
C) Extensión del trombo hasta las venas renales.
D) En ninguno de los anteriores supuestos.

92.- La heparina no fraccionada,
A) Inhibe el factor IXa.
B) Inhibe el factor IIb.
C) Inhibe la vía del factor tisular.
D) Inhibe los factores IIa/Xa.

93.- El tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica mediante CHIVA pretende:
A) Fragmentar la columna de presión y cerrar los shunt veno- venosos.
B) Preservar el capital venoso de la safena para que actúe de vía de drenaje.
C) Se realiza con anestesia local y de forma ambulatoria.
D) Todo lo anterior es cierto.

94.- Con respecto a la circulación linfática, diga cual de las siguientes respuestas es la cierta
A) La circulación linfática es paralela a la circulación arterial.
B) A diferencia de la circulación arterial la linfática no depende de las contracciones miocárdicas.
C) La circulación linfática mantiene niveles de presión similar a la circulación venosa.
D) La circulación linfática mantiene niveles de osmolaridad similar a los de la circulación arterial.

95.- ¿Cuál de los siguientes métodos no es aconsejable para reducir el linfedema?
A) Elevación de la pierna.
B) Drenaje linfático.
C) Diuréticos.
D) Medias elásticas de compresión.

96.- ¿Cuál diferencia es incorrecta entre las prótesis de PTFE y textiles?
A) La adherencia bacteriana es menor en la prótesis de PTFE.
B) La prótesis de PTFE se integran mejor en el tejido que las textiles.

C) Las prótesis de PTFE causan menos activación del complemento.
D) Las prótesis de PTFE manifiestan menos dilatación.

97.- El injerto preferido para la reconstrucción vascular de la arteria renal en un niño es:
A) Vena safena
B) Arteria hipogástrica.
C) Prótesis de PTFE.
D) Prótesis de Dacron.

98.- Entre los criterios de cicatrización de una amputación transmetatarsiana se cuentan los siguientes parámetros, menos uno
A) $TtcPO_2$ transmetatarsiana ≥ 30 mmHg.
B) Presiones en los deedos del pie en el preoperatorio nunca menosr de 100 mmHg.
C) Presión de perfusión cutánea con doppler láser ≥ 30 mmHg.
D) Indice tobillo-brazo >0.5.

99.- En el caso de un paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) en situación de prediálisis, el estudio previo a la realización de una fístula arteriovenosa (FAV) debería contar siempre con:
A) Flebografía.
B) Estudio Eco – Doppler del territorio venoso y arterial que se pretende utilizar.
C) Exploración clínica.
D) 2 y 3 son ciertas.

100.- A diferencia de los catéteres para hemodiálisis colocados vía cava superior, los situados en cava inferior tienen como mayor riesgo:
A) Infección.
B) Trombosis.
C) Migración.
D) Yatrogenia en su colocación.

101.- En un paciente con antecedentes de puente aortobifemoral realizado hace dos años, ingresa por múltiples zonas de infección superficial y múltiples focos ostemielíticos en el pie izquierdo. ¿Qué diagnóstico de sospecha descartaría en primer lugar?
A) Infección del puente aortobifemoral.
B) Endocarditis bacteriana.
C) Aortitis en aorta torácica.
D) Aneurisma de arteria poplítea izquierda.

102.- El microorganismo más frecuente en la infección protésica es:
A) Stafilococo epidermidis.
B) Stafilococo aureus coagulasa positivo.
C) Stafilococo aureus coagulasa negativo.
D) Pseudomona aureoginosa.

103.- En la clasificación clínica de las infecciones de los injertos protésicos (Bunt), la infección P3 se refiere a
A) Infección que afecta a una angioplastia con parche protésico.
B) Infección de un injerto cavitario.
C) Infección de la porción extracavitaria de un injerto cuyo origen es cavitario.
D) Infección de un injerto cuyo trayecto anatómico es, por completo, extracavitario.

JRI JRI JRI