CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO
Art. 2.1 - Ley 20/2021 de 28 de diciembre
(DOGV núm.9495 de 22.12.2022)

CONVOCATORIA CO / 15 / 2022

FACULTATIVO/A ESPECIALISTA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

FASE DE OPOSICIÓN
EJERCICIO (CUESTIONARIO)

Edificio Ciencias de la Salud - CHGUV
2 de marzo de 2024
12:30 horas

CHGUV

CHGUV

BLOQUE 1 (A y B)

CONOCIMIENTOS GENERALES Y NORMATIVA SANITARIA

1. Según lo establecido en el Artículo 149 de la Constitución Española, el Estado no tiene competencia exclusiva sobre la siguiente materia:

A Hacienda general y Deuda del Estado.
B Fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica.
C Sanidad e higiene.
D Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.

2. Según el artículo 32 de la Ley 5/1983, de 30 de diciembre, de Gobierno Valenciano, respecto a las normas que sean consecuencia del ejercicio de la potestad reglamentaria del Consell ¿cuál de las siguientes es la de mayor jerarquía?

A Decretos del President.
B Decretos del Consell.
C Órdenes de Consellerias
D Órdenes de las Comisiones Delegadas del Consell.

3. De acuerdo con el artículo 9 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, la función de la vigilancia y control de la normativa sobre prevención de riesgos laborales corresponde a:

A La Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
B El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
C Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.
D La Administración General del Estado.

4. Según establece el artículo 12 del Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, señale cuál de las siguientes es una prestación de los centros de salud y consultorios:

A Atención a la salud laboral.
B Atención a problemas de salud mental y conductas adictivas.
C Tratamientos de hemodiálisis.
D Cirugía mayor ambulatoria.

CHGUV

5. Según lo dispuesto en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, en relación con los derechos de los pacientes y personas usuarias, señale la respuesta correcta:

A Los pacientes y personas usuarias tienen derecho a conocer su situación en lista de espera y el funcionamiento de la misma.
B En la declaración de voluntades anticipadas, la persona interesada deberá hacer constar la decisión respecto a la donación de sus órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación.
C Las personas menores de edad emancipadas y los mayores de 14 años son titulares del derecho a la información.
D Los pacientes y personas usuarias del Sistema Valenciano de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tienen derecho a elegir médico, pero no centro.

6. De conformidad con el Capítulo IV del V Convenio Colectivo del Consorcio HGUV –Planificación, Ordenación y Gestión del empleo público- ¿cuál de las siguientes plazas quedan excluidas de su regulación?

A Las de libre designación.
B Las plazas asistenciales vinculadas a otras de carácter docente.
C Las plazas de jefatura.
D Todas las respuestas anteriores son correctas.

7. Respecto del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización, señale la respuesta correcta:

A La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del SNS, propios o concertados.
B La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del SNS, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél.
C En el ministerio competente en materia de sanidad existirá un sistema de información sobre cartera de servicios en el que se recogerá el contenido de la cartera de servicios comunes del SNS, así como el de las diferentes carteras complementarias de las comunidades autónomas y de las mutualidades de funcionarios.
D Las respuestas B y C son correctas.

CHGUV

8. A tenor del artículo 4 del Decreto 81/2020, de 24 de julio, del Consell, de regulación del sistema de carrera profesional del personal estatutario gestionado por la conselleria competente en sanidad, se establece una carrera profesional sanitaria con:

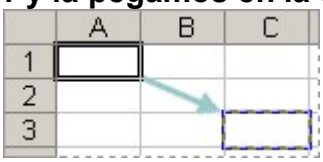
A 5 grados, exclusivamente para las personas con titulación universitaria de grado o licenciadas, incluidas en los artículos 6 y 7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, más un grado inicial o de acceso.

B 5 grados para las personas con titulación universitaria de grado, o licenciadas o diplomadas, incluidas en los artículos 6 y 7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, más un grado inicial o de acceso.

C 4 grados para las personas con titulación universitaria de grado, o licenciadas o diplomadas, incluidas en los artículos 6 y 7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, más un grado inicial o de acceso.

D 4 grados para las personas con titulación universitaria de grado, o licenciadas o diplomadas, incluidas en los artículos 5 y 6 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

9. En la herramienta informática Excel, cuando copiamos una fórmula de la celda A1 y la pegamos en la celda C3, conforme se muestra en la imagen:



A Si en la celda A1 la referencia es A1, al pegarla en la celda C3 dicha referencia se mantendrá: A1.

B Si en la celda A1 la referencia es A$1, al pegarla en la celda C3 cambiará la referencia a C$1.

C Si en la celda A1 la referencia es $A1, al pegarla en la celda C3 cambiará la referencia a $A3.

D Todas las respuestas anteriores son correctas.

10. De acuerdo con el artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales:

A El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de trece años.

B El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de quince años y lo autorice el titular de la patria potestad.

C El tratamiento de los datos personales de un menor de edad exclusivamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de dieciséis años.

D El tratamiento de los datos de los menores de catorce años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela, con el alcance que determinen los titulares de la patria potestad o tutela.

CHGUV

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al personal directivo profesional según lo establecido en el artículo 13 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público?

A Su designación atenderá a principios de mérito y capacidad y a criterios de idoneidad, y se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia.

B Es personal directivo el que desarrolla funciones directivas profesionales en las Administraciones Públicas, definidas como tales en las normas específicas de cada Administración.

C El personal directivo estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados.

D Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

12. De conformidad con lo que establece la Ley 1/2022, de 13 de abril, de la Generalitat, de Transparencia y Buen Gobierno de la Comunitat Valenciana, la solicitud de acceso a la información pública debe incluir, entre otros, el siguiente contenido:

A La identidad de la persona solicitante.

B La modalidad o vía elegida por la persona solicitante para la puesta a disposición de la información y también su formato.

C El órgano administrativo o entidad al que se dirige.

D Todas las respuestas anteriores son correctas.

CHGUV

BLOQUE 2

CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS

13. ¿Qué efectos puede producir la nicotina, en los pacientes fumadores, además de los ya conocidos a nivel del sistema arterial?

A Disminuye la presión arterial.
B Aumenta la resistencia a la insulina.
C Altera el metabolismo de los lípidos.
D La respuesta B y C son correctas.

14. Señale la afirmación incorrecta:

A La cardiopatía isquémica es la principal causa de mortalidad en pacientes diabéticos.
B La arterioesclerosis se inicia a nivel de la media del vaso.
C En cuanto al tratamiento de la dislipemia, el uso de una terapia combinada es efectivo en cuanto a la disminución del colesterol-LDL, colesterol-HDL y de los triglicéridos.
D Entre los beneficios de un tratamiento precoz de la hipercolesterolemia familiar se encuentra la mejoría de la función endotelial y el enlentecimiento de la progresión de la arterioesclerosis.

15. Entre las consideraciones a tener en cuenta a la hora de usar el CO2 como medio de contraste en los estudios arteriográficos, se encuentra:

A Riesgo de nefrotoxicidad en pacientes con insuficiencia renal.
B Se han descrito frecuentes e importantes complicaciones a nivel multisistémico.
C El CO2 tarda mucho en desaparecer del torrente sanguíneo.
D Se recomienda no usar CO2 en los vasos supradiafragmáticos por el riesgo de neurotoxicidad.

16.: En relación al estudio por imagen de las malformaciones vasculares:

A El angioTAC es la prueba de imagen de elección en cualquier tipo de malformación vascular.
B La primera prueba diagnóstica que debemos realizar, ante la sospecha, es un estudio arteriográfico.
C El angioTAC es muy útil para caracterizar malformaciones vasculares de bajo flujo.
D El ultrasonido y la resonancia magnética son los estudios de imagen, de elección, para su diagnóstico.

CHGUV

17. Cuando realizamos una revascularización mediante injerto venoso, podemos valorar su correcto funcionamiento intraoperatorio mediante la realización de un Doppler. Señale la respuesta correcta:

A Una VSM > 300 cm/s, indica una lesión estenótica moderada, que no precisa de revisión quirúrgica.
B Una VSM = 125-180 cm/s indica un flujo normal en el injerto.
C Una VSM > 180 cm/s con ensanchamiento espectral indica una lesión estenótica significativa.
D Ninguna de las anteriores es correcta.

18. Varón de 75 años que ingresa por una isquemia arterial aguda en el miembro inferior derecho en el contexto de una fibrilación auricular no conocida. Se realiza embolectomía urgente, con recuperación de pulsos arteriales a todos los niveles. A las 3 horas presenta dolor intenso en la pierna, empastamiento gemelar, disminución de la motilidad del pie y ausencia de pulsos a todos los niveles. A la exploración doppler se capta flujo en arteria tibial posterior y pedia. ¿Cuál de los siguientes parámetros no esperaríamos encontrar en las exploraciones complementarias?:

A Acidosis metabólica.
B Hiperpotasemia.
C Hipercalcemia.
D Mioglobinuria.

19. Entre las contraindicaciones mayores relativas para la administración de tratamiento trombolítico arterial, se encuentran:

A Endocarditis bacteriana.
B Intervención neuroquirúrgica en los últimos 3 meses.
C Ictus en los últimos 2 meses.
D Hipertensión no controlada (sistólica > 180 mm/Hg, diastólica > 110 mmHg).

20. Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:

A En los ateroembolismos es patognomónica la presencia de eosinofília.
B La mortalidad al año de los pacientes con ateroembolismo diseminado es mayor del 50%.
C El hígado y el intestino son los órganos más afectados por los episodios de ateroembolismo diseminado.
D Todas las anteriores son falsas.

CHGUV

21. En los casos de ateroembolismo renal podemos encontrar los siguientes hallazgos:

A Insuficiencia renal aguda o crónica.
B Hipertensión arterial severa y mal controlada.
C Eosinofília.
D Todas las anteriores son ciertas.

22. Respecto de los factores de riesgo asociados a la enfermedad arterial periférica (señale la respuesta incorrecta):

A Varios estudios han demostrado una relación estadísticamente significativa entre los niveles elevados de homocisteína y la enfermedad arterial periférica.
B Los niveles de homocisteína están claramente asociados a la progresión de la enfermedad.
C Algunos marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva y el fibrinógeno se han relacionado con la severidad de la enfermedad.
D La disminución del colesterol-HDL se ha relacionado con la enfermedad arterial periférica.

23. Respecto al tratamiento de la enfermedad arterial periférica:

A El beneficio de dejar de fumar radica en que disminuye la mortalidad y enlentece la progresión de la enfermedad arterioesclerosa.
B Los pilares del tratamiento son: abandono del hábito tabáquico, ejercicio regular y tratamiento farmacológico.
C El tratamiento médico puede ser efectivo en menos del 30% de los pacientes por mala cumplimentación o por intolerancia a la medicación
D Todas las anteriores son ciertas.

24. Paciente mujer de 58 años con claudicación intermitente glútea a los 200 metros (señale la respuesta incorrecta):

A Los pacientes con enfermedad aortoilíaca aislada suelen ser más jóvenes y asocian con mayor frecuencia consumo de tabaco e hipercolesterolemia.
B Los pacientes con enfermedad arterial periférica a distintos niveles, tienen con mayor frecuencia diabetes e hipertensión.
C En las mujeres fumadoras la enfermedad arterial es menos agresiva.
D Cerca de un 30% de los pacientes varones afectados de enfermedad aortoilíaca presentan problemas de disfunción eréctil.

CHGUV

25. Respecto del tratamiento postrevascularización de la isquemia crónica de los miembros inferiores:

A Una revisión Cochrane ha demostrado menos tasa de re-estenosis y de re-oclusión en pacientes a los que se les administró cilostazol tras la revascularización endovascular, frente a los que no lo tomaron.
B No esta demostrado en ningún caso el beneficio de la doble terapia antiagregante frente a la monoterapia.
C Se recomienda siempre administrar doble terapia antiagregante asociada a anticoagulación.
D Todas las anteriores son verdaderas.

26. Cuál de los siguientes ítems no es valorado por la Clasificación de la Universidad de Texas para las úlceras del pie diabético:

A Infección.
B Isquemia.
C Presencia de artropatía de Charcot.
D Presencia de úlceras no isquémicas ni infectadas.

27. Respecto del tratamiento de la isquemia arterial de los miembros inferiores en pacientes diabéticos:

A El tratamiento debe ser siempre más precoz y agresivo en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos.
B En cuanto al tratamiento endovascular de las arterias distales, algunos autores han demostrado resultados similares en pacientes diabéticos y no diabéticos.
C El tratamiento endovascular de elección en las arterias distales es el stent liberador de droga.
D Las respuestas A y B son correctas.

28. Qué debemos tener en cuenta a lo hora del tratamiento de las úlceras en los pacientes diabéticos:

A Adecuado manejo del exudado/humedad.
B Realizar un buen desbrimiento de los tejidos, si es necesario.
C La extremidad debe tener una adecuada perfusión arterial.
D Todas las anteriores son correctas.

CHGUV

29. En el diagnóstico diferencial de la tromboangeitis obliterante debemos considerar:

A Algunas formas de vasculitis.
B Enfermedad de Kimura.
C Síndromes de compresión vascular.
D Todas las anteriores son correctas.

30. Con respecto a la arteritis de Takayasu (señale la respuesta incorrecta):

A Pueden existir factores predisponentes como trastornos genéticos.
B Se caracteriza por la presencia de afectación de tipo vasculitis granulomatosa con presencia de fibrosis intimal masiva y destrucción de fibras elásticas.
C Su etiología se puede asociar tanto a una infección viral y/o bacteriana.
D La afectación renal más frecuente es la degeneración aneurismática por inflamación sistémica crónica.

31. Según la clasificación en la Conferencia internacional de Tokio del 1994, la afectación arterial que abarca sólo el arco aórtico y sus ramas en el patrón de enfermedad de la Arteritis de Takayasu pertenece al:

A Tipo IV
B Tipo IIb
C Tipo IIa
D Tipo III

32. Uno de los siguientes no es propio de la enfermedad por arteritis de Takayasu.

A Pérdida de peso.
B Glomerulonefritis.
C Pioderma gangrenoso.
D Hipotensión postural.

33. Respecto a la clasificación del Síndrome del atrapamiento de la arteria poplítea, basada en la clasificación de Heidelberg:

A En el tipo V se describe cuando sólo está la vena poplítea atrapada por cualquiera de los mecanismos correspondientes a los tipos I, II, III y IV
B El tipo III tiene lugar cuando existen remanentes embriológicos del músculo gastrocnemio en la región posterior a la arteria poplítea.
C En el tipo I la arteria completa su migración antes del desarrollo de la cabeza lateral del gastrocnemio, lo cual hace que la arteria se desplace hacia lateral.
D En el tipo II, la cabeza lateral del músculo gastrocnemio tiene una unión normal con el cóndilo femoral medial y la arteria poplítea se desplaza lateralmente.

CHGUV

34. Con respecto a la enfermedad quística adventicial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

A La angioplastia transluminal se ha descartado como una opción de tratamiento, dado que es ineficaz y puede recidivar hasta 24 horas después de la intervención.
B La ecografía dúplex debe ser la herramienta de diagnóstico inicial para la enfermedad quística adventicial.
C Afectan predominantemente a las mujeres con una proporción de mujeres a hombres de 5 a 1.
D En la mayoría de los casos suelen ser lesiones unilaterales.

35. Con respecto a las características de los dos subtipos (primario y secundario) del Fenómeno de Raynaud:

A El Fenómeno de Raynaud primario es el menos frecuente con respecto al secundario.
B Los pacientes con el Fenómeno de Raynaud secundario tienen un alto grado de obstrucción vascular fija al flujo sanguíneo.
C Las enfermedades del tejido conectivo no se asocian al origen del Fenómeno de Raynaud secundario.
D El Fenómeno de Raynaud primario cursa con carácter maligno dado la asociación al cambio vascular estructural.

36. En cuanto a la displasia fibromuscular de la arteria renal:

A Es la causa más frecuente de hipertensión renal en gente joven, especialmente en pacientes entre los 20-40 años de edad.
B Es la causa más frecuente de estenosis de la arteria renal, seguido por la ateroesclerosis.
C Histopatológicamente se caracteriza por la afectación de la adventicia y la capa media de las arterias respetando la capa íntima arterial
D La incidencia de la displasia fibromuscular de la arteria renal suele ser más frecuente en poblaciones hispanas y/o asiáticas, y menos frecuentes en pacientes de raza blanca.

37. Con respecto a la patogenia de la displasia fibromuscular, (señale la respuesta incorrecta):

A Es más frecuentes en mujeres con probable asociación con factores hormonales.
B Se ha asociado como factores importantes la dislipemia y la obesidad en el desarrollo de la displasia fibromuscular.
C La displasia fibromuscular se asocia al tabaquismo.
D Se han reportado asociaciones genéticas con HLA-Drw6 que han sugerido un origen autoinmune de la displasia fibromuscular.

CHGUV

38. En el tratamiento de los traumatismos vasculares de las extremidades:

A La lesión arterial de una extremidad traumatizada siempre exige una terapia quirúrgica para el salvamento de la extremidad.
B Siempre se recomienda el uso inicialmente de técnicas endovasculares en el momento de los traumatismos vasculares en las extremidades superiores e inferiores, siendo el pilar de tratamiento en la mayoría de los casos.
C Todas las heridas traumáticas abiertas se consideran contaminadas.
D Se debe evitar la ligadura venosa de un vaso proximal, dado que la ligadura de la misma se asocia a un aumento en la tasa de amputación de la extremidad y de la aparición de edema crónico.

39. Respecto al manejo quirúrgico en pacientes con traumatismos torácicos (señale la respuesta incorrecta):

A En la clasificación de la lesión cerrada de aorta torácica, el grado II implica la presencia de un pseudoaneurisma.
B La gran mayoría de las lesiones torácicas traumáticas se pueden tratar de manera no quirúrgica.
C Una de las indicaciones para la realización de cirugía urgente es la salida inicial de 1.500 centímetros cúbicos de contenido hemático tras la colocación del tubo torácico.
D La salida continua de contenido hemático de forma persistente de más de 250 centímetros cúbicos por hora durante tres horas, es una indicación para realización de intervención quirúrgica urgente.

40. Con respecto a los traumatismos torácicos (señale la respuesta incorrecta):

A Las complicaciones en el traumatismo torácico más comunes son el hemotórax y/o neumotórax.
B En un paciente hemodinámicamente inestable tras un traumatismo torácico penetrante, debe realizarse una intervención quirúrgica urgente.
C La radiografía simple de tórax es la imagen radiográfica más comúnmente utilizada después de un traumatismo torácico.
D La mayoría de los pacientes con traumatismo vascular torácico requerirán intervención quirúrgica.

CHGUV

41. Respecto a los traumatismos vasculares abdominales (señale la respuesta incorrecta):

A La arteria renal izquierda tiene más probabilidades de lesionarse en comparación con la arteria renal derecha.
B Se debería considerar el tratamiento endovascular como opción terapéutica de primera línea en pacientes estables con pseudoaneurisma de la arteria renal.
C La ligadura de la arteria mesentérica inferior en un traumatismo abdominal es bien tolerada siendo rara o inexistente la isquemia colorrectal.
D El mecanismo de lesión más común en los vasos ilíacos suele ser tras un traumatismo cerrado.

42. Respecto al traumatismo vascular abdominal (señale la respuesta incorrecta):

A Tras un traumatismo penetrante, como regla general deberían explorarse los hematomas retrohepáticos originados de la vena cava inferior en un paciente estable.
B La ligadura de la vena cava inferior suprarrenal se asocia a insuficiencia renal.
C Tras la ligadura de la vena cava inferior, los pacientes pueden desarrollar síndrome compartimental de las extremidades inferiores.
D La ligadura de la vena porta con una arteria hepática permeable es compatible con la vida.

43. El Síndrome de Parkes Weber (señale la respuesta incorrecta):

A Pertenece a las malformaciones arteriovenosas de alto flujo.
B Está presente desde el nacimiento y afecta principalmente a las extremidades inferiores.
C En el manejo terapéutico inicial se recomienda el tratamiento quirúrgico con el objetivo de evitar cuadros de insuficiencia cardíaca severa.
D Se ha asociado a isquemia cutánea.

44. En la enfermedad del Síndrome de Klippel-Trenaunay (señale la respuesta incorrecta):

A En la mayoría de los casos presentan malformaciones arteriovenosas con derivación o flujo de manera significativa.
B Como manifestación clínica es característica la presencia de la mancha de vino de Oporto.
C Existen casos asociados a linfangitis.
D En ciertos pacientes presentan hipotrofia ósea de las extremidades.

CHGUV

45. Entre los criterios ecográficos descritos en la estenosis significativa de la fístula arteriovenosa para hemodiálisis podemos encontrar las siguientes (señale la respuesta incorrecta):

A Reducción de la luz vascular mayor o igual al 50%.
B Pico de velocidad sistólica mayor de 300 centímetros por segundo.
C Fenómeno de “aliasing” o signo del flujo turbulento.
D Onda doppler de alta resistencia en la arteria humeral presentando índice de resistencia mayor de 0,6.

46. Referido al aneurisma aórtico micótico (señale la respuesta incorrecta):

A En la angiotomografía computarizada, se puede objetivar la presencia de gas periaórtico.
B Los microorganismos causales más frecuentes son los bacilos Gram negativos.
C En ocasiones presentan múltiples aneurismas en diferentes localizaciones de forma simultánea.
D La antibioterapia tras el tratamiento quirúrgico, se recomienda en un período entre 4 a 6 semanas tras la intervención, y en ocasiones de forma indefinida.

47. Respecto a los aneurismas inflamatorios (señale la respuesta incorrecta):

A Presentan una tríada clásica entre las cuales se encuentran: dolor crónico con mayor frecuencia abdominal, pérdida de peso y elevación de marcadores inflamatorios.
B Algunos casos se han asociado a hidronefrosis por obstrucción ureteral.
C Se ha evidenciado tras el tratamiento endovascular del aneurisma inflamatorio, la disminución o regresión de la fibrosis periaórtica y la inflamación perianeurismática en el seguimiento.
D Se tiene como consenso general para la medición del diámetro máximo de los aneurismas inflamatorios la inclusión en la medición del límite externo del engrosamiento parietal arterial.

CHGUV

48. En la estrategia de vigilancia o seguimiento en la reparación endovascular de un aneurisma aórtico abdominal, tras la realización de la primera angiotomografía computarizada (Angio-TC) en el primer mes (señale la respuesta incorrecta):

A En caso de evidenciar la presencia de endofuga asociado a aumento del diámetro del saco aneurismático se recomienda la realización de una arteriografía diagnóstica.

B En caso de no evidenciar presencia de endofuga con aumento de crecimiento del saco aneurismático se recomienda la realización de arteriografía diagnóstica.

C En caso de evidenciar presencia de endofuga con diámetro de saco aneurismático estable se recomienda la realización de Angio-TAC a los 6 meses.

D En caso de no evidenciar endofuga con tamaño del saco aneurismático estable se recomienda la realización de un Angio-TAC a los 6 meses.

49. En relación a los aneurismas ilíacos, (señale la respuesta incorrecta):

A Están asociados hasta en un 10% con aneurisma aórticos abdominales (aneurismas aorto-ilíacos).

B Se recomienda la reparación electiva de un aneurisma ilíaco aislado cuando alcanza un diámetro mayor de 3 centímetros.

C Hoy en día se recomienda el tratamiento endovascular como terapia de primera línea en la reparación de los aneurismas ilíacos.

D En pacientes que precisen la embolización de la arteria hipogástrica, se recomienda la oclusión del tronco proximal y preservar las ramas distales para disminuir complicaciones isquémicas.

50. Acerca de la fístula aortoentérica primaria (señale la respuesta incorrecta):

A La tríada clásica de la clínica descrita consiste en hemorragia digestiva, dolor abdominal y masa pulsátil.

B La ubicación más frecuente a nivel del tracto gastrointestinal está descrita en la segunda porción del duodeno.

C Existe un componente mecánico causado por la presión pulsátil de la aorta contra la pared del tracto gastrointestinal.

D Los agentes causales más comúnmente aislados se encuentran la Klebsiella y Salmonella.

CHGUV

51. En relación a la rotura aórtica del aneurisma aórtico abdominal (señale la respuesta incorrecta):

A La tríada clásica en la presentación clínica incluye: dolor abdominal agudo en ocasiones irradiado a la espalda, alteración hemodinámica representada por hipotensión y masa abdominal pulsátil.
B En ocasiones aparece de forma aguda equimosis en zona de costado.
C El infarto agudo al miocardio en encuentra entre sus diagnósticos diferenciales.
D El método diagnóstico más preciso para el diagnóstico de una rotura aneurismática aórtica es la tomografía computarizada con contraste.

52. Con respecto a los aneurismas de aorta torácica y toraco-abdominales, (señale la respuesta incorrecta):

A Histológicamente se asocian a la degeneración medial por pérdidas de fibras elásticas y a la necrosis medial quística.
B Los pacientes con aneurismas toracoabdominales secundario a disección aórtica son en la mayoría pacientes de edad avanzada (mayores de 70 años).
C Presentan rara vez déficit neurológicos como la paraplejia.
D Los aneurismas toracoabdominales según la clasificación de Crawford más frecuentes son de tipo II, los cuales afectan a la aorta torácica descendente y abdominal.

53. Son diagnósticos diferenciales en los aneurismas toraco-abdominales sintomáticos, (señale la respuesta incorrecta):

A Angor intestinal.
B Enfermedad degenerativa de la columna vertebral.
C Angina de pecho.
D Disección aórtica.

54. En la clasificación de la disección aórtica propuesta por DeBakey, el tipo IIIa pertenece al siguiente enunciado:

A La disección se presenta en aorta torácica descendente y se limita a ésta.
B La disección implica extensiones descendentes y de la aorta abdominal.
C La disección afecta la aorta torácica ascendente, se extiende a nivel del arco aórtico y continúa por la aorta torácica descendente.
D Todos los enunciados anteriores son falsos.

CHGUV

55. Mencione la afirmación falsa con respecto a los aneurismas de la arteria esplénica:

A La mayoría tienen morfología fusiforme y se localizan con mayor frecuencia en la arteria esplénica proximal o media.
B Están asociados con síntomas y/o roturas cuando presentan diámetros de unos tres centímetros.
C Las indicaciones para el tratamiento se han establecido para un tamaño mayor de 2 centímetros.
D La esplenectomía se prefiere para lesiones aneurismáticas adyacentes al hilio esplénico.

56. En la anomalía vascular de la arteria ciática persistente (ACP) podemos afirmar que, (señale la respuesta incorrecta):

A Es una anomalía rara presente entre un 0,01-0,05% de la población.
B La ACP se origina de la arteria ilíaca externa.
C La ACP se asocia en algunos casos a hipoplasia de la arteria femoral.
D Los pacientes con aneurisma debido a la ACP, se pueden reparar mediante la colocación de stents endovasculares, siempre que no hayan asociados síntomas de compresión significativa.

57. En el síndrome de estrecho torácico arterial:

A El abordaje transaxilar describe una visualización más completa de la primera costilla para la resección.
B El abordaje supraclavicular es de elección en caso de reparación arterial.
C La asociación del abordaje infraclavicular permite la exposición completa de las arterias subclavia y axilar para la reconstrucción vascular.
D Todas son ciertas.

58. En la enfermedad carotídea por estenosis, señale la afirmación correcta:

A Los pacientes tratados con terapia médica, la AAS ha mostrado la reducción mayor del 10 % en los eventos vasculares graves, principalmente a través de una reducción de eventos cerebrovasculares.
B Las estatinas se asocian con reducciones estadísticamente significativas de accidentes cerebrovasculares en personas de riesgo.
C El tratamiento antihipertensivo en adultos con estenosis carotídea reduce la progresión de la estenosis.
D La diabetes se asocia con una mayor prevalencia de estenosis carotídea, pero ni la carga de placa ni la inestabilidad de la placa aumentan en los pacientes con diabetes.

CHGUV

59. Cuál no forma parte de los criterios de riesgo para la indicación de tratamiento quirúrgico de la estenosis carotídea asintomática entre el 70-99%:

A Infarto ipsilateral silente en TC.
B Área de placa > 20mm2 en el análisis de placa por ultrasonido.
C AIT contralateral previo.
D Hemorragia intraplaca en resonancia magnética.

60. En el diagnóstico y tratamiento de los tumores glómicos carotídeos (señale la respuesta incorrecta):

A Con el angio-TC se valoran las porciones proximal y distal del cuello en comparación con el ultrasonido y se evitan la punción y los riesgos embólicos de la angiografía convencional.
B La biopsia con aguja del tumor está indicada para confirmar el diagnóstico.
C En general, los pacientes con tumores del cuerpo carotídeo deben someterse a una resección quirúrgica tan pronto como se haga el diagnóstico para minimizar la comorbilidad asociada a la cirugía.
D Es factible realizar una embolización de las arterias aferentes al tumor previamente a la cirugía para disminuir el sangrado.

61. Sobre la clasificación de Shamblin (señale la respuesta incorrecta):

A Estadifica los tumores del cuerpo carotídeo y puede ayudar en la planificación preoperatoria.
B Los tumores tipo I son más pequeños y pueden disecarse fácilmente de las paredes de las arterias carótidas en el plano periadventicial.
C Los tipo III tienen una adherencia más íntima a los vasos y rodea a las arterias carótidas internas y externas.
D Las ramas de la carótida interna que nutren al tumor se deben ligar para evitar el sangrado.

62. Acerca de los aneurismas carotídeos:

A Los aneurismas verdaderos se asocian principalmente a patología degenerativa o arteriosclerótica y se encuentran mayormente en la bifurcación carotidea.
B Los aneurismas asociados a una tromboendarterectomía carotidea se asocian a un fallo de la línea de sutura o infección.
C El síntoma más común es una masa de cuello pulsátil generalmente indolora.
D Todas son correctas.

CHGUV

63. En la isquemia mesentérica aguda (señale la respuesta incorrecta):

A En pacientes con dolor abdominal agudo, unas cifras de dímero -D dentro de los valores normales excluyen casi con toda seguridad la isquemia mesentérica aguda.
B Actualmente se recomienda el TC con contraste intravenoso como la técnica de imagen de primera línea para su diagnóstico.
C En pacientes con insuficiencia renal crónica, la ecografía Doppler es la técnica de elección para su diagnóstico.
D La angiografía por sustracción digital es un método de diagnóstico-terapéutico que puede diferenciar la isquemia mesentérica de causa oclusiva de la no oclusiva.

64. Con respecto al abordaje terapéutico de la isquemia intestinal aguda:

A La laparotomía está indicada si hay signos de peritonitis y sospecha de infarto intestinal, a menos que se haya elegido un tratamiento paliativo.
B La revascularización arterial se realiza preferiblemente antes de cualquier cirugía intestinal.
C El abordaje endovascular presenta menor mortalidad y menor tasa de resección intestinal.
D Todas las respuestas anteriores son ciertas.

65. Con respecto a la isquemia intestinal crónica (señale la respuesta incorrecta):

A La enfermedad arteriosclerótica es la causa más común y generalmente la lesión arterial se presenta en el origen de las arterias mesentéricas.
B En la radiografía simple de abdomen se suelen encontrar cambios intestinales sugestivos de isquemia crónica.
C Los síntomas clásicos incluyen dolor abdominal, pérdida de peso y “miedo a comer”.
D Los pacientes con isquemia intestinal crónica a menudo presentan lesiones ateroescleróticas en otras localizaciones que pueden afectar a arterias coronarias, cerebrovasculares o periféricas.

66. En referencia a las dilataciones de las arterias esplácnicas (señale la respuesta incorrecta):

A Los aneurismas verdaderos de las arterias mesentéricas y sus ramas son raros.
B La arteria esplénica es la más afectada, seguida de la arteria mesentérica superior.
C Se acepta que los pseudoaneurismas tienen un mayor riesgo de ruptura y pueden tratarse independientemente de su tamaño.
D La clasificación de Sakamoto y la clasificación de Yun describen la extensión de la disección en las arterias mesentéricas.

CHGUV

67. En el tratamiento quirúrgico de la enfermedad renovascular existe la posibilidad de la revascularización abierta y endovascular, señale la afirmación correcta:

A Los ensayos clínicos que han comparado el mejor tratamiento médico con la revascularización endovascular renal presentan diferencias significativas en la progresión de la enfermedad renal a favor del tratamiento médico.
B El estudio CORAL (*Cardiovascular Outcomes in Renal Atherosclerotic Lesions*) mostró una tasa de disecciones de arteria renal en pacientes tratados de forma endovascular mayor al 2%.
C Generalmente, se recomienda la revascularización de la estenosis renal por arteriosclerosis.
D Todas las respuestas anteriores son falsas.

68. En relación al diagnóstico de la trombosis venosa profunda (TVP), (señale la respuesta incorrecta):

A En los pacientes con trombosis venosa profunda no provocada, generalmente no se recomienda el estudio de trombofilia.
B La prueba del dímero D está limitada por su baja especificidad ya que muchas otras patologías producen niveles elevados de dímero D, incluidas infecciones, cáncer y embarazo. La edad avanzada también se asocia con concentraciones más altas de dímero D.
C Según las características clínicas del paciente, la escala de Wells clasifica la probabilidad de TVP en dos (TVP probable o improbable) o tres grupos (alta probabilidad, probabilidad moderada y probabilidad baja).
D En los pacientes con trombosis venosa profunda no provocada, se recomienda el estudio extenso para la detección de tumores malignos ocultos.

69. Sobre el tratamiento quirúrgico de la trombosis venosa profunda:

A Para la trombectomía quirúrgica se han realizado estudios multicéntricos de gran tamaño con resultados similares a la anticoagulación sola.
B En la trombólisis dirigida por catéter la vena poplítea es la vena de acceso más habitual.
C Se recomienda la utilización de filtro de vena cava para evitar el tromboembolismo pulmonar.
D El tratamiento anticoagulante tras la eliminación exitosa del trombo se prolonga durante 3 meses.

CHGUV

70. Respecto al Síndrome post-trombótico (SPT) (señale la respuesta incorrecta):

A La TVP afecta hasta 3 individuos por 1.000 anualmente en la población general.
B Alrededor del 20% de los trombos de las piernas se resuelven espontáneamente, sin embargo más del 50% se extenderá proximalmente.
C El factor de riesgo más importante para desarrollar SPT es una TVP ipsilateral recurrente, que aumenta el riesgo de SPT hasta seis veces.
D La mayor severidad de los síntomas al mes de la TVP, predicen una mayor severidad del SPT en los primeros años.

71. Cuál de los siguientes escalas no es la apropiada para valorar la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia venosa crónica:

A VEINES-QOL/ Sym *(Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study quality of life/symptoms).*
B AVVQ *(Aberdeen Varicose Veins Questionnaire*).
C r-VCSS (*revised Venous Clinical Severity Score*).
D CIVIQ *(Chronic Venous Insufficiency Questionnaire).*

72. Según la evidencia actual: ¿Cuál de los siguientes tratamientos conservadores considera más adecuado para un paciente con atrofia blanca, edema y pesadez en los miembros inferiores por insuficiencia venosa crónica?

A Ejercicio, media de compresión de 10-20 mmHg y un fármaco con MPFF (fracción de flavonoides purificados micronizados).
B Ejercicio, media de compresión entre 10-20 mmHg y un fármaco con extracto de Ruscus.
C Ejercicio, media de compresión entre 20-40 mmHg y un fármaco con Sulodexida.
D Ejercicio, media de compresión de 20-40 mmHg y un fármaco con Dobesilato de calcio.

73. ¿Cuál de las siguientes estructuras vasculares no encontrarías en la ligadura de cayado de vena safena mayor?

A Vena pudenda externa superficia.
B Vena ilíaca circunfleja superficial.
C Vena pudenda externa profunda.
D Arteria pudenda interna.

CHGUV

74. Respecto al tratamiento de la insuficiencia de la vena accesoria anterior (señale la respuesta incorrecta):

A La primera técnica a considerar sería la ablación endovenosa.
B Su incompetencia tiene menor tasa de morbilidad que la incompetencia aislada de vena safena mayor.
C Una técnica alternativa son las flebectomías únicas ambulatorias, sin ligadura alta, con la que se ha observado una reducción del diámetro de forma significativa y se ha eliminado el reflujo en más del 80% de los pacientes.
D Su reflujo aislado representa el 10% de las presentaciones sintomáticas de pacientes con venas varicosas.

75. Con respecto a la técnica de ablación del eje safeno en la insuficiencia venosa:

A En la ablación térmica mediante laser endovenoso, las longitudes de onda que emplean los catéteres modernos son menores (entre 810 nm y 1.064 nm) frente a los iniciales (entre 1.320nm y 1.940nm); disminuyendo así posibles complicaciones como hematomas, parestesias o dolor.
B La técnica de ablación térmica por radiofrecuencia segmentaria requiere alcanzar temperaturas de 120º y con pulsos de 20 segundos. Además, los catéteres más modernos no precisan de solución tumescente perivenosa para un correcto sellado safeno.
C En la ablación química mediante cianocrilato, este pegamento endovenoso se solidifica rápidamente mediante una reacción de polimerización y produce una reacción inflamatoria de la pared venosa. Esta técnica presenta una tasa de reacción de hipersensibilidad al propio cianoacrilato del 6% al 7%.
D La técnica de ablación mecanicoquímica (MOCA) utiliza un mecanismo de lesión dual que combina la rotura mecánica de la íntima con la ablación endovenosa química mediante la inyección de un agente esclerosante. Presenta mejores resultados de sellado en ejes safenos mayores a 8mm que en los de menor diámetro.

76. En el tratamiento endovenoso por ablación térmica, la denominada trombosis endotérmica inducida por calor o EHIT por sus siglas en inglés, describa la progresión de la trombosis en el cayado safeno-femoral o safeno-poplíteo (marque la respuesta correcta):

A El grado II del *American Venous Forum* corresponde a la propagación del trombo hacia la vena profunda adyacente, ocupando > 50% de la luz de la vena profunda.
B Esta complicación se presenta en el 3% de los pacientes tratados mediante ablación térmica.
C Existen diferencias significativas entre el láser y la radiofrecuencia, con menor tasa de EHIT para la radiofrecuencia.
D El grado I del *American Venous Forum* corresponde al trombo sin propagación a la vena profunda.

CHGUV

77. Con respecto a las amputaciones mayores en las extremidades inferiores (señale la respuesta incorrecta):

A La diabetes y la enfermedad arterial periférica son los principales factores de riesgo.
B El objetivo de la amputación es eliminar el tejido infectado, necrótico y doloroso; la curación de la herida sin complicaciones y tener un muñón apropiado para la colocación de la prótesis.
C Las amputaciones supracondíleas unilaterales aumentan el gasto de energía en la deambulación entre el 10% y 40 %.
D La amputación supracondílea precisa menor gasto energético y mayor tasa de rehabilitación (deambulación) que la desarticulación de rodilla.

78. Respecto a las complicaciones postoperatorias tras la amputación de miembro inferior (señale la respuesta incorrecta):

A El riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) es de hasta el 50 %, reduciéndose al 10% tras la administración de heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica.
B El dolor crónico aparece hasta en el 95% de los pacientes amputados.
C El infarto de miocardio sigue siendo la causa más común de muerte después de la amputación de la extremidad inferior.
D El trastorno psiquiátrico por estrés postraumático es más común en las amputaciones de causa vascular que en las traumáticas.

79. En referencia a las clasificaciones clínicas de las infecciones de injerto protésico, (señale la respuesta incorrecta):

A El grado II de Szilagyi involucra el tejido subcutáneo de la herida.
B El grado III de Samson describe la exposición de la anastomosis del injerto, sin sangrado.
C Las infecciones precoces (<4 meses después de la implantación del injerto) se correlacionan con infecciones de herida de grado III de Szilagyi que involucran prótesis vasculares.
D La incidencia de infección en la prótesis vascular varía de 0,2 % a 5 % de las operaciones abiertas realizadas.

80. ¿Cuál de los siguientes criterios no se considera un criterio mayor para la infección de injerto aórtico según la clasificación MAGIC?

A Existencia de líquido periinjerto en la tomografía computerizada (TC) a los 3 meses después de la colocación del injerto.
B Existencia de gas periinjerto en el TC a los 2 meses después de la colocación del injerto.
C Aislamiento de microorganismos en el aspirado percutáneo del líquido periinjerto guiado radiológicamente.
D Formación de pseudoaneurisma anastomótico en el TC de forma temprana.

CHGUV

CHGUV