OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko; 1699/2011 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución n° 1699/2011, de 28 de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216 de 15 de noviembre de 2011)

KATEGORIA: FAK. ESP. ANGIOLOGIA ETA HODIETAKO KIRURG. MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

Proba eguna / Fecha prueba:
2012ko martxoaren 25a / 25 de marzo de 2012

1. ariketa / 1º ejercicio

PREGUNTAS PRIMER EJERCICIO DE OPE 2011 DE OSAKIDETZA DE:
F.E. Médico Angiología y Cirugía Vascular

1.- Señale la respuesta correcta respecto a al prueba de la hiperemia reactiva comparada con la prueba de esfuerzo sobre cinta sin fin

a) Requiere más tiempo que la prueba de esfuerzo sobre la cinta sin fin
b) Provoca molestias moderadas o severas
c) Es un indicador más sensible, aunque menos específico que la prueba de esfuerzo sobre cinta sin fin
d) Genera un esfuerzo mas estandarizado que la prueba de esfuerzo sobre la cinta sin fin

2.- Señale la repuesta correcta respecto a la preparación preoperatoria de pacientes con EPOC antes de la cirugía vascular programada

a) El tratamiento estándar de la EPOC consiste en ipratropio en los pacientes con síntomas diarios y adición de corticoides inhalados según necesidades sintomáticas
b) El tratamiento y preparación de los pacientes con EPOC antes de la cirugía son los mismos que se establecería en condiciones no quirúrgicas
c) No han de utilizarse corticoides sistémicos antes de la intervención para mejorar el estado del paciente, ya que conlleva mayor riesgo de infección
d) Alrededor del 40 % de los pacientes con EPOC obtiene beneficio de la administración de corticoides sistémicos

3.- Cual de los siguientes factores no se encuentra entre los descritos por Goldman y colaboradores para evaluar el riesgo cardiaco en cirugía vascular

a) Más de cinco contracciones ventriculares prematuras por minuto
b) Galope S3 o distensión yugulovenosa
c) Ritmo no sinusal o contracciones auriculares prematuras
d) Estenosis mitral severa

4.- Respecto a las variables hemodinámicas propuestas como responsables de la distribución selectiva de las placas, señale la correcta:

a) El estrés por cizallamiento bajo en la pared es un factor que favorece el desarrollo de hiperplasia intimal
b) La turbulencia es un factor iniciador de aterogenia
c) La elevación de la presión arterial por si misma induce la arteriosclerosis en animales experimentales
d) Existen datos que indican una relación directa entre el menor movimiento de la pared y la reducción en el depósito de placa

5.- Señale la repuesta correcta respecto a las estrías grasas

a) Son evidentes en la mayoría de individuos mayores de 2 años
b) Se encuentran con mayor frecuencia entre los 18-30 años
c) Se caracterizan por células espumosas bajo una superficie endotelial dañada, aunque sin signos de rotura
d) En las lesiones de estría grasa temprana es prominente la unión de las proyecciones endoteliales a la lámina basal

6.- En la trombosis venosa isquémica ¿ Qué enunciado de los siguiente es correcto?

a) La fibrinólisis puede estar indicada y los mejores resultados se obtienen cuando el trombo es relativamente fresco, de no más de dos semanas de duración
b) La gangrena venosa suele afectar a planos fasciales
c) La trombectomía venosa está indicada en caso embolismo pulmonar recurrente
d) La trombectomía venosa no previene la extensión de la trombosis que podría

originar gangrena de la extremidad

7.- Señale el enunciado incorrecto respecto a la fisiopatología de la trombosis venosa isquémica

a) El hematocrito aumenta de forma considerable
b) Las oclusiones venosa completas originan un incremento inmediato de la presión venosa que corresponde a la presión arterial media
c) La cantidad de fluido secuestrado en la extremidad afecta ha sido estimado entre 1-2 litros
d) El vasoespasmo es más pronunciado en la *flegmasiaceruleadolens* que en la gangrena venosa

8.- Señale la respuesta incorrecta respecto al síndrome postrombótico

a) La mayoría de investigadores ha encontrado relación entre la magnitud del trombo y la presentación inicial las secuelas
b) La gravedad de las secuelas postrombóticas se relaciona con el nivel de presión venosa
c) La obstrucción sola no suele causar claudicación venosa, que normalmente produce un aumento de la inflamación con la actividad
d) La insuficiencia valvular sola causa la mayoría de las "secuelas de la estasis", pero estas pueden resolverse en el paciente que sigue tratamiento con medias elásticas

9.- Señale la respuesta incorrecta respecto a los efectos adversos de la hipertensión venosa y la formación de úlceras en el síndrome postflebítico

a) La incidencia de úlceras en las extremidades con presiones venosas mayores de 80 mm de Hg es de aproximadamente el 80 %
b) A no ser que se tomen medidas para contrarrestar el edema, aproximadamente el 25 % de las extremidades con edema presente un año después de una TVP se ulceran en los siguientes 10 años
c) Las úlceras raramente aparecen en extremidades con presiones venosas de deambulación menores de 30-40 mm de Hg
d) Los cambios del estasis se limitan a la "zona de la polaina" de la pierna

10.- El tratamiento quirúrgico para la insuficiencia venosa crónica profunda ha de tenerse en cuenta en los pacientes en los que los tratamientos menos invasivos han fracasado. Señale la respuesta incorrecta respecto a dicho tratamiento

a) En la mayoría de series de valvuloplastia interna la competencia de la válvula era del 60 % al 70 % a los 5 años
b) Parece que se consiguen mejores resultados con con la valvuloplastiatranscomisural que con la valvuloplastia externa
c) En la mayoría de las series de reparación valvular se produce trombosis venosa en menos del 10 % de los casos
d) Actualmente la valvuloplastia interna tiene el mejor resultado, seguida del trasplante valvular

11.- Señale la respuesta correcta acerca de síndrome de May Turner

a) Se trata de un estenosis de la vena iliaca primitiva proximal izquierda causada por la compresión por la arteria iliaca primitiva izquierda
b) Se encuentra clásicamente en mujeres jóvenes y es muy rara en varones
c) Los hallazgos patológicos incluyen lesiones obstructivas intraluminales
d) Parece demostrado que se trata de un cuadro congénito

12.- Indique el enunciado correcto acerca del diagnóstico clínico y valoración del linfedema

a) La causa más frecuente de linfedema secundario es la resección quirúrgica con radiación de los ganglios linfáticos como parte de tratamiento de un tumor maligno
b) El linfedema primario congénito familiar se denomina enfermedad de Meige
c) El linfedema primario congénito precoz se denomina enfermedad de Milroy
d) La linfangitis obstructiva está causada principalmente por estreptococos betahemolíticos

13.- Señale la respuesta correcta respecto a los cuadros clínicos que originan linfedema

a) El síndrome de Noonanasocia linfedema distal, *pterigiumcoli*, dedos palmeados, telangiectasias y agenesia ovárica con retraso de estatura
b) El síndrome de la uñas amarillas incluye coloración amarillenta de las uñas, edema linfático y manifestaciones pleuropulmonares
c) El linfedema primario de comienzo proximal tiene una frecuencia estimada del 10 % y afecta más frecuentemente a mujeres
d) El síndrome de Bonnevie y Ulrich asocia a fectación cardiaca congénita, linfedema de miembros inferiores, cuello palmeado y talla pequeña

14.- Respecto a la vascularización de la mano. Señale la opción verdadera:

a) El arco palmar superficial proporciona las arterias de los dedos 2-5 y se clasifica como arco palmar completo en el 60%.
b) Se clasifica como arco palmar profundo completo en el 97%.
c) El arco palmar profundo completo presenta 5 variantes basadas en diferencias de aporte cubital.
d) Todas son verdaderas.

15.- Cuál sería el orden de preferencia en los siguientes accesos vasculares:

1. **Protésica con forma de loop en antebrazo (húmero-basílica).**
2. **Autóloga húmero-cefálica.**
3. **Protésica con forma de loop o recta en el brazo (húmero-axilar).**
4. **Autóloga en la tabaquera anatómica.**

a) 4, 2, 1, 3.
b) 2, 4, 1, 3.
c) 4, 2, 3, 1.
d) 2, 4, 3, 1.

16.- Cuál de los siguientes no es factor de riesgo para el fenómeno de robo en una FAVI:

a) Acceso protésico.
b) Diabetes mellitus.
c) Sexo masculino.
d) Origen en arteria humeral.

17.- En cuál de los siguientes casos no está indicada la implantación de filtro de VCI en un paciente diagnosticado de enfermedad tromboembólica venosa (ETV):

a) TEP recurrente a pesar de correcta anticoagulación.
b) TEP asintomático.
c) Progresión a pesar de correcta anticoagulación.
d) Enfermedad cardiopulmonar severa y ETV.

18.- Respecto a la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera:

a) El 40 % de los pacientes con ETV idiopática presentan alteraciones trombofílicas.
b) La hipodisplasmogenemia y la desfibrinogenemia son causas habituales de trombofilia
c) Presentar una mutación aislada en el FV de Leiden confiere mayor riesgo relativo de ETV recurrente que una mutación homozigótica.
d) Presentar una mutación heterozigótica en el FV de Leiden representa un aumento de riesgo de presentar ETV recurrente.

19.- Según las guías de la European Society of Vascular Surgery (ESVS) cuando debe ser intervenida una estenosis carotidea sintomática:

a) Se recomienda endarterectomía carotidea en asintomáticos con estenosis 70-99% si tasa perioperatoria de ictus/muerte es menor del 6%.
b) Se recomienda endarterectomía carotidea en asintomáticos con estenosis 70-99% si tasa perioperatoria de ictus/muerte es menor del 3%.
c) Se recomienda endarterectomía carotidea en asintomáticos con estenosis >50% si tasa perioperatoria de ictus/muerte es menor del 6%.
d) Se recomienda endarterectomía carotidea en asintomáticos con estenosis >50% si tasa perioperatoria de ictus/muerte es menor del 3%.

20.- Cuál de los siguientes no ha sido criterio de exclusión en los estudios NASCET, ACAS Y SAPPHIRE por considerarlos de mayor riesgo para cirugía carotidea:

a) Angina inestable.
b) Endarterectomía carotidea ipsilateral previa.
c) Oclusión carotidea contralateral.
d) Insuficiencia cardiaca congestiva.

21.- Cuál de las siguientes comorbilidades médicas no es considerada de alto riesgo en cirugía carotidea:

a) Enfermedad pulmonar severa.
b) Angina inestable.
c) Insuficiencia renal crónica.
d) Infarto agudo de miocardio <3 meses.

22.- Cuál de los siguientes no es considerado un parámetro predictor de riesgo incrementado de ictus recurrente precoz:

a) Edad > 60 años.
b) Oclusión carotidea contralateral.
c) Cardiopatía isquémica.
d) Diabetes mellitus.

23.- Según las últimas guías de la Society for Vascular Surgery y American Venous Forum, es falso a cerca de la cirugía de varices:

a) Se recomienda compresión postoperatoria durante una semana para reducir la formación de hematoma, dolor e inflamación.
b) No se recomienda el tratamiento selectivo de las perforantes incompetentes en CEAP clase 2.
c) Se recomienda la técnica ASVAL en casos seleccionados CEAP clase 5-6.
d) No se recomiendan medidas de tromboprofilaxis específicas además de deambulación precoz en pacientes sin factores de riesgo tromboembólicos adicionales.

24.- Sobre el síndrome de la salida torácica (SST), es falso que:

a) En el SST neurológico el tratamiento inicial es conservador con rehabilitación y fisioterapia en la mayor parte de los pacientes.
b) En el SST venoso el tratamiento de elección es conservador con anticoagulación oral durante 3 meses.
c) En el SST arterial el tratamiento es habitualmente quirúrgico con descompresión del estrecho torácico y reparación arterial.
d) En el SST arterial es frecuente hallar una anomalía óseas como la costilla cervical o 1ª costilla rudimentaria.

25.- Respecto a la anatomía del estrecho torácico, es falso que:

a) El canal costoclavicular contiene de delante hacia atrás: la vena subclavia, la asteria subclavia y el plexo braquial.
b) El triángulo de los escalenos contiene la arteria subclavia y el plexo braquial pero NO la vena subclavia.
c) El canal pectoral los forman el músculo pectoral menor y la apófisis coracoides por delante y el músculo serrato anterior por detrás.
d) El nervio torácico largo proviene de las vainas nerviosas C5, C6 y C7.

26.- Respecto al fenómeno de Raynaud primario, cual de las siguientes no es un criterio:

a) Afectación bilateral y simétrica.
b) Crisis desencadenadas con la exposición al frío o al estrés.
c) Capiloroscopia normal.
d) Necrosis digital o gangrena.

27.- Respecto a la enfermedad oclusiva de las EESS, es falso que:

a) La mayoría de las lesiones son asintomáticas hasta la aparición de lesiones tróficas.
b) La enfermedad oclusiva afecta a las extremidades superiores con menor frecuencia que a las inferiores (entorno al 10%).
c) Dos tercios de las lesiones son proximales y un tercio son de afectación distal.
d) Las lesiones proximales son accesibles por técnicas endovasculares o quirúrgicas mientras que el manejo de las distales es considerada un reto.

28.- Acerca de la cirugía de varices, es falso que:

a) Las técnicas de ablación térmica endovenosa son seguras y efectivas para el tratamiento de la incompetencia safena.
b) La cirugía abierta de varices continúa siendo la técnica de elección sobre las técnicas endovasculares para el tratamiento de la incompetencia safena.
c) Las técnicas endovasculares que utilizan radiofrecuencia mostraron resultados iniciales mejores que aquellos que usan láser.
d) En cirugía abierta de varices se recomienda doble ligadura de la unión safenofemoral con material irreabsorbible.

29.- El cuadro clínico mas frecuente de los aneurismas de troncos supra-aórticos es el originado por:

a) La rotura
b) La trombosis o embolización
c) El crecimiento
d) La fistulización

30.- El primer diagnóstico de confirmación mediante imagen de un aneurisma carotídeo se debe realizar con:

a) Arteriografía
b) AngioTC
c) AngioRM
d) Eco-döppler

31.- La etiología mas frecuente de los aneurismas de aorta torácica es:

a) Traumática
b) Infecciosa
c) Inflamatoria
d) Arteriosclerosa

32.- En la actualidad, el tratamiento recomendado para la exclusión de un aneurisma de aorta torácico descendente de 7cm de diámetro no complicado es:

a) Farmacológico
b) Exclusión mediante cirugía abierta
c) Exclusión mediante técnica endovascular
d) Controles anuales con ecografía transesofágica

33.- La complicación postoperatoria mas frecuente del tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta torácica descendente es:

a) La emigación de la endoprótesis
b) Las endofugas
c) La rotura de la endoprótesis
d) La oclusión de la endoprótesis

34.- La complicación mas frecuente de los aneurismas toracoabdominales es:

a) La rotura
b) La embolización
c) La oclusión
d) La infección

35.- En general, el tratamiento quirúrgico de los aneurismas de arteria esplénica debe realizarse:

a) Siempre
b) En varones jóvenes si tiene un diámetro mayor de 1.5cm
c) Nunca porque no suelen complicares
d) En mujeres embarazadas o en periodo fértil

36.- En general, el tratamiento conservador de los aneurismas de arteria renal debe realizarse

a) Siempre
b) En pacientes asintomáticos con aneurismas saculares, calcificados y menores de 2cm
c) Nunca
d) Cuando crecen progresivamente

37.- ¿Cuál de las siguientes, no es una característica de una ``Extremidad Amenazada¨,en la Isquemia Aguda, según el TASC II?

a) Dolor en reposo
b) Pérdida Sensitiva
c) Debilidad Muscular
d) Señal Doppler Inaudible

38.- ¿Cuál de las siguientes,no es una Contraindicación ABSOLUTA para el Tratamiento Fibrinolítico en la Isquemia Aguda?

a) Hemorragia Digestiva reciente
b) Episodio Cerebrovascular establecido(excluyendo los AITS en los 2 meses previos)
c) Cirugía Mayor no Vascular ó Traumatismo en los 10 días previos
d) Neurocirugía(Intracraneal ó Raquídea) en los 3 meses previos

39.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, NO es cierta?

a) En los pacientes con Enfermedad Arterial Periférica ASINTOMATICA, las Estatinas deben ser la medicación primaria para reducir las concentraciones de colesterol LDL, con objeto de reducir el riesgo de Episodios Cardiovasculares
b) La intervención inicial para controlar las concentraciones de lípidos anormales debe ser una modificación de la dieta
c) En todos los pacientes con una Enfermedad Arterial Periférica SINTOMATICA,debe reducirse el colesterol LDL a un valor<2,59 mmol/l (<100mg/dl)
d) En todos los pacientes ASINTOMATICOS con Enfermedad Arterial Periférica, que NO presentan otros signos clínicos de Enfermedad Cardiovascular,deben reducirse las concentraciones de Colesterol LDL hasta un valor<1,81 mmol/l (<70mg/dl)

40.- De la Clasificación TASC II de Lesiones Aortoilíacas,¿cuál de las siguientes no se corresponde con Lesiones de Tipo C?

a) Estenosis Unilateral de la Arteria Ilíaca Externa, que se extiende a la Arteria Femoral Común
b) Oclusiones Bilaterales de la Arteria Ilíaca Común
c) Oclusión Unilateral de la Arteria Ilíaca Externa que afecta al origen de la Ilíaca Interna y/ó a la Arteria Femoral Común
d) Estenosis Cortas (menor ó igual 3 cms) de Aorta Infrarrenal

41.- ¿Qué es CIERTO respecto al tratamiento recomendado por el TASC II para las Lesiones FEMOROPOPLITEAS Tipo A?

a) En la actualidad, se usa más el Tratamiento Endovascular, pero no hay pruebas suficientes para recomendarlo
b) Tratamiento Quirúrgico de elección
c) Tratamiento Endovascular de elección
d) En la actualidad, se usa más el Tratamiento Quirúrgico, pero no hay pruebas suficientes para recomendarlo

42.- ¿Cuál NO es un Indicio Radiológico de posible Contusión Aórtica en un Traumatismo Torácico?

a) Hemotórax Izquierdo masivo
b) Ensanchamiento del Mediastino>8 cms
c) Desplazamiento Lateral de la Tráquea
d) Fractura costal única

43.- ¿Cuál de los siguientes es un Signo Clínico Evidente (``signo duro´´) de Lesión Vascular en Traumatismo de Extremidades?

a) Cercanía a Lesión Osea o Herida Penetrante
b) Alteración Neurológica
c) Hematoma en Expansión visible
d) Reducción del pulso, comparado con la extremidad contralateral

44.- En los Traumatismos Arteriales de Antebrazo, ¿qué es FALSO?

a) Las lesiones Monovasculares, no necesitan reparación, ya que se pueden ligar ó embolizar
b) En caso de lesión de ambas arterias,se debe reparar preferentemente la Arteria Cubital
c) En caso de lesión de ambas arterias, se debe reparar preferntemente la Arteria Radial
d) Cuando una de las arterias (radial ó cubital) ha sufrido previamente un Traumatismo ó una ligadura, es obligatorio realizar reparación

45.- El Programa de Vigilancia Clínica para los Injertos/Bypass, debe incluir todo lo siguiente, EXCEPTO:

a) Prueba de imagen(Angioresonancia/Arteriografía) periódica
b) Anamnesis respecto al intervalo de tiempo transcurrido (nuevos síntomas)
c) Exploración Vascular de la pierna con palpación de los pulsos de vasos proximales, del Injerto y de los vasos de salida
d) Determinación periódica de los Indices Tobillo/Brazo en reposo y si es posible, después del ejercicio

46.- La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (44/2003) (artículo 10.3) establece que

a) El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.
b) Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado.

En relación con los enunciados anteriores diga si

a) Es cierta solo la afirmación 46 a)
b) Es cierta solo la afirmación 46 b)
c) Son ciertas ambas afirmaciones 46 a) y 46 b)
d) No es cierta ninguna de ellas

47.- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003) (artículo 25.1) establece que

a) En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto.

b) Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco.

En relación con los enunciados anteriores diga si

a) Es cierta solo la afirmación 47 a)
b) Es cierta solo la afirmación 47 b)
c) Son ciertas ambas afirmaciones 47 a) y 47 b)
d) No es cierta ninguna de ellas

48.- La ordenación del régimen del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003) (artículo 4) se rige entre otros por los siguientes principios y criterios

a) Libre circulación del personal estatutario en el ámbito del correspondiente servicio autonómico de salud.

b) Dedicación prioritaria al servicio público y transparencia de los intereses y actividades privadas como garantía de dicha preferencia.

En relación con los enunciados anteriores diga si

a) Es cierta solo la afirmación 48 a)
b) Es cierta solo la afirmación 48 b)
c) Son ciertas ambas afirmaciones 48 a) y 48 b)
d) No es cierta ninguna de ellas

49.- La Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (Ley 8/1997) (artículo 18) establece que

a) En la Comunidad Autónoma de Euskadi se garantizará la existencia de una dotación de recursos de titularidad pública adecuada a las necesidades sanitarias

b) realizándose su planificación con criterios de demanda poblacional

En relación con los enunciados anteriores diga si

a) Es cierta solo la afirmación 49 a)
b) Es cierta solo la afirmación 49 b)
c) Son ciertas ambas afirmaciones 49 a) y 49 b)
d) No es cierta ninguna de ellas

50.- Los Estatutos del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud (Decreto 255/1997) (artículo 8. 1 y 2) establecen que

a) El Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud es el órgano rector colegiado del mismo encargado principalmente de dirigir y controlar sus actuaciones

b) La composición del Consejo contará, además del Presidente del Ente Público, con cinco miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma, que serán nombrados por el Gobierno, dos de ellos a propuesta del Consejero de Hacienda y Administración Pública y los tres restantes a propuesta del Consejero de Sanidad.

En relación con los enunciados anteriores diga si

a) Es cierta solo la afirmación 50 a)
b) Es cierta solo la afirmación 50 b)
c) Son ciertas ambas afirmaciones 50 a) y 50 b)
d) No es cierta ninguna de ellas

PREGUNTAS DE RESERVA

51.- Cuál de los siguientes métodos no se encuentra entre los propuestos para el análisis cuantitativo de las ondas de velocidad Doppler:

a) Índice de pulsatilidad entre picos
b) Análisis de la amplitud del pulso
c) El tiempo de tránsito de los pulsos
d) El análisis del espectro de frecuencias de potencia

52.- Ha aumentado notablemente el uso de injertos crioconservados desde mediados de la década de los ochenta. Señale la respuesta incorrecta acerca de dichos injertos

a) Dimetilsulfóxido es el crioprotector de elección y se emplea en concentraciones del 10-20%
b) La protección exclusiva con dimetilsulfóxido no logra la supervivencia idónea del endotelio venoso
c) La adhesión plaquetaria está aumentada en el modelo animal de derivación con vena criopreservada
d) La temperatura óptima de almacenamiento está entre -196 ºC y -120 ºC

53.- Indique la repuesta incorrecta respecto a la vía intrínseca de la coagulación

a) La trombina escinde el fibrinógeno proteico soluble para formar un monómero insoluble de fibrina
b) La trombina activa a los factores V, VIII, IX y XI
c) La trombina activa a las plaquetas
d) La trombina activa la proteína C inhibidora uniéndose con protrombina

54.- Señale la respuesta correcta respecto a los agentes fibrinolíticos

a) La estreptocinasa es una proteína enzimática producida por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A
b) La urocinasa convierte las formas activas de plasminógeno a plasmina
c) Existen pruebas *in vivo* para determinar la dosis de estreptocinasa necesaria para lograr una fibrinogenólisis
d) El complejo plasminógeno-estreptocinasa es capaz de catalizar el plasminógeno a fibrina

55.- Señale la respuesta incorrecta respecto a las pruebas objetivas para el diagnóstico del síndrome compartimental

a) La medición aislada de la presión compartimental no permite determinar con sensibilidad y especificidad el grado de isquemia muscular
b) La variable más importante es el gradiente entre la presión arterial sistólica y la presión compartimental o presión de perfusión arterial
c) La detección de flujo venoso tibial con facisidad normal en el dúplex del compartimento muscular de la pantorrilla, permite descartar efectivamente un aumento de presión tisular en dichocompartimento
d) Se ha demostrado la exactitud de la monitorización de los potenciales somatosensoriales evocados en la evaluación de la lesión nerviosa producida por el síndrome compartimental

56.- Indique el enunciado correcto respecto a la fasciotomía

a) Para acceder al compartimento posterior profundo por fasciotomía realizada con un única incisión lateral, conviene hacerlo por la parte más proximal
b) Para evaluar la viabilidad del músculo hay que analizar su color, presencia de sangre arterial y la contracción con estimulación galvánica. Los relajantes musculares no interfieren en dicha respuesta
c) Existe una técnica sencilla y poco invasora para la descompresión de los compartimentos posteriores que consiste en una incisión medial independiente a una distancia de un dedo por detrás de la tibia
d) En la extremidad superior se pueden descomprimir eficazmente todos los compartimentos musculares del antebrazo mediante una incisión rectilínea que comience por encima de la fosa antecubital y termine en la palma de la mano

57.- Una de las siguientes no representa factor de riesgo para sufrir un episodio tromboembólico tras diagnóstico de trombosis venosa superficial:

a) Antecedentes de TVP.
b) Enfermedad metastásica.
c) Sexo masculino.
d) Venas varicosas.

58.- Sobre la técnica de "chimeneas" en reparaciones de aneurismas juxtarenales y suprarenales, es falso que:

a) La persistenia de endoleak proximal tipo I tras técnica EVAR convencional es indicación para dicha técnica terapeútica.
b) La complicación de endoleak tipo II suele originarse habitualmente de las ramas lumbares.
c) La necesidad de hemodiálisis temporalmente y permanente es de 10% y 1% respectivamente.
d) Respecto a la cirugía abierta, es una opción de mortalidad similar pero con una menor morbilidad.

59.- Sobre los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal ES CIERTO que:

a) Afecta a varones jóvenes y fumadores
b) En mujeres, la clínica mas frecuente es la producida por la rotura
c) A mayor diámetro, mayor es el riesgo de rotura
d) En la actualidad el tratamiento de elección de todos ellos es la reparación mediante técnica endovascular

60.- Respecto al Indice Tobillo/Brazo, es cierto:

a) El ITB depende de las variaciones diarias de la Presión Arterial
b) La ausencia de Señal Doppler en una de las arterias distales del pie, evidencia Enfermedad Arterial Oclusiva
c) Para que se considere una modificación clínicamente relevante, se requiere un cambio en el ITB de 0,15 o >0,10, si está asociado a un cambio del estadío clínico
d) Los pacientes con dolor de reposo, suelen tener un ITB entre 0,9 y 1

Respuestas correctas del primer ejercicio
Lehenengo ariketaren erantzun zuzenak

A10211	FAKULTATIBO ESP. ANGIOLOGIA ETA HODIOETAKO KIRURGIAKO MEDIKUA
A	FACULTATIVO ESP. MÉDICO. ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

Z/Nº	Erantzuna/Respuesta	Z/Nº	Erantzuna/Respuesta	Z/Nº	Erantzuna/Respuesta	Z/Nº	Erantzuna/Respuesta
1	D	41	C				
2	B	42	D				
3	D	43	C				
4	A	44	C				
5	D	45	A				
6	C	46	C				
7	D	47	C				
8	A	48	B				
9	B	49	A				
10	D	50	C				
11	C		Reserva				
12	D	51	B				
13	B	52	C				
14	B	53	D				
15	A	54	C				
16	C	55	B				
17	B	56	B				
18	D	57	D				
19	B	58	C				
20	C	59	C				
21	C	60	C				
22	C						
23	C						
24	B						
25	C						
26	D						
27	C						
28	B						
29	B						
30	D						
31	D						
32	C						
33	B						
34	A						
35	D						
36	B						
37	D						
38	C						
39	D						
40	D						

OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko; 1699/2011 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución n° 1699/2011, de 28 de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216; de 15 de noviembre de 2011)

KATEGORIA: FAK. ESP. ANGIOLOGIA ETA HODIOETAKO KIRURGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

2. ariketa / 2º ejercicio

Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :

25 de marzo de 2012

Caso Clínico:

Motivo de Ingreso:
Paciente de 52 años que ingresa en el Servicio de Urgencia por dolor EID

Antecedentes Familiares:
Sin interés

Antecedentes Personales:
Fumador importante (>30 paquetes/año)
Dislipemia sin tratamiento farmacológico
No medicación habitual
No alergias medicamentosas conocidas

Enfermedad Actual:
Paciente derivado por el MAP por clínica de 5 días de evolución de claudicación gemelar invalidante (<50mtos) de EID asociándose frialdad y palidez de pie de dicha extremidad

Exploración Física General:
Sin interés

Exploración Vascular:
TSA: normal
Tórax y abdomen: normal
Extremidades Inferiores:
EID: pulso femoral normal con ausencia del resto a todos los niveles. Subcianosis digital, hipoestesia y motilidad conservada distal. No lesiones tróficas.
EII: normal

Pruebas Complementarias

a. EKG: normal. Ritmo sinusal
b. Analítica: sin alteraciones (CPK normal)
c. Estudio Döppler de Extremidades Inferiores:
EID: Ausencia de flujo en arterias distales
EII: normal

Preguntas

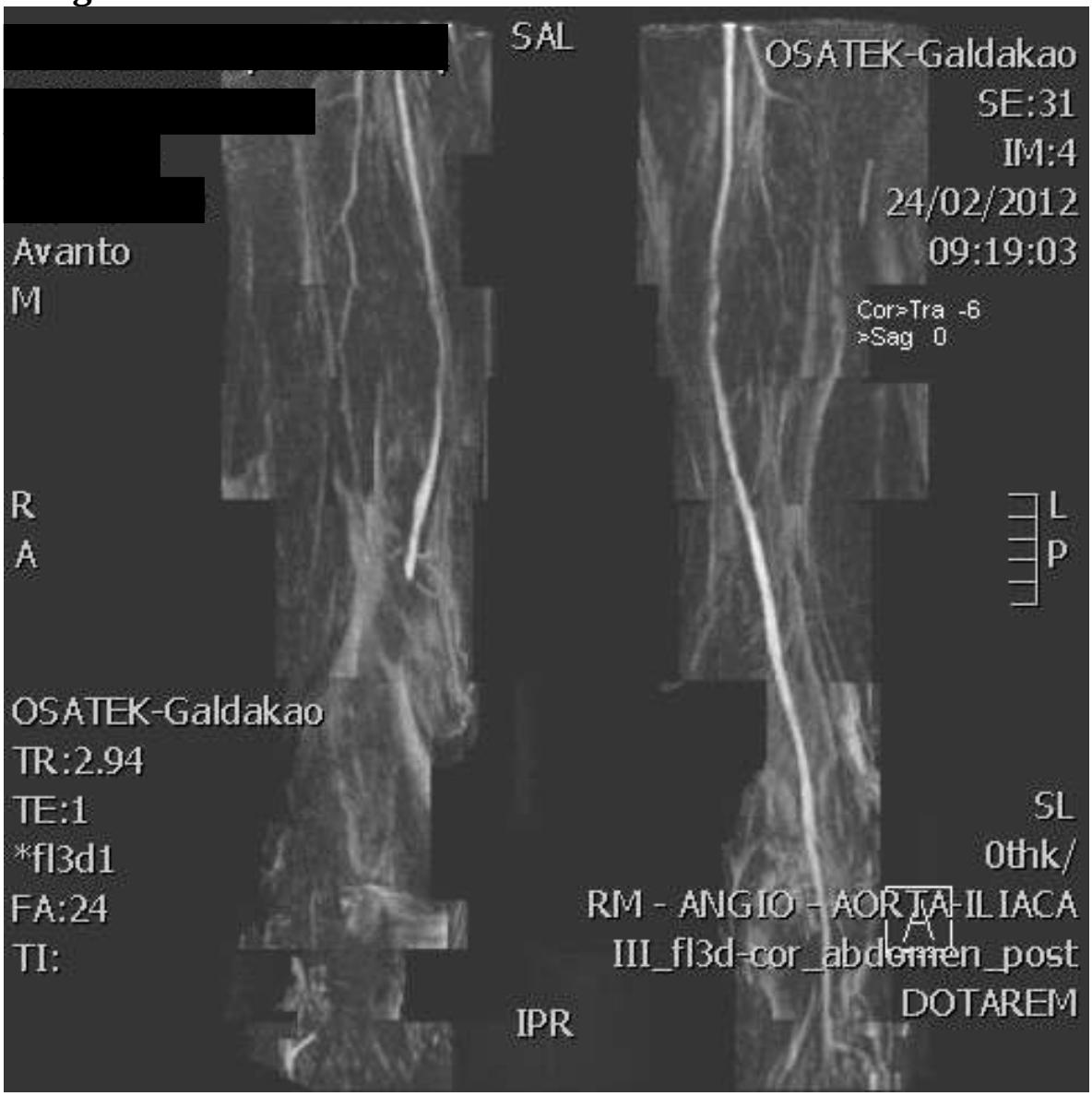
1ª ¿Cuál es el diagnóstico inicial?

2ª ¿Qué pruebas diagnósticas solicitarías?

3ª Con la imagen aportada ¿Cuáles serían los diagnósticos diferenciales?

4ª ¿Cuales serían los tratamientos posibles?

Imagen


[redacted]
SAL
OSATEK-Galdakao
SE:31
IM:4
24/02/2012
09:19:03
Avanto
M
Cor>Tra -6
>Sag 0
R
A
L
P
OSATEK-Galdakao
TR:2.94
TE:1
*fl3d1
FA:24
TI:
SL
0thk/
RM - ANGIO - AORTA-ILIACA
III_fl3d-cor_abdomen_post
DOTAREM
IPR