OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 171/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. ANGIOLOGIA ETA HODIETAKO KIRURGIA MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 26a**
Fecha prueba: **26 de mayo de 2018**

***1. ariketa** / 1er. ejercicio*
A** Eredua / Modelo **A

1 PARA LA DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE AMPUTACIÓN DE LA EXTREMIDAD INFERIOR SE UTILIZAN DIVERSOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, ENTRE ELLOS, LA DETERMINACIÓN DE LA PERFUSIÓN TRANSCUTÁNEA DE OXÍGENO.
SEÑALE A PARTIR DE QUÉ VALOR PODEMOS PREDECIR CON SEGURIDAD UNA CORRECTA CICATRIZACIÓN.

1a) 10 mmHg.
1b) 20 mmHg.
1c) 30 mmHg.
1d) 40 mmHg.

2 LA MEDICIÓN DE LA TENSIÓN DE OXÍGENO TRANSCUTÁNEA ($tcPO_2$) DEPENDE:

2a) Del flujo sanguíneo cutáneo, la actividad metabólica, la disociación de la oxihemoglobina y la difusión del oxígeno a través de los tejidos.
2b) Del flujo sanguíneo cutáneo, la calcificación arterial, la disociación de la oxihemoglobina y la difusión del oxígeno a través de los tejidos.
2c) Del flujo sanguíneo cutáneo, la presión arterial, la disociación de la oxihemoglobina y la difusión del oxígeno a través de los tejidos.
2d) Del flujo sanguíneo cutáneo, el gasto cardiaco, la disociación de la oxihemoglobina y la difusión del oxígeno a través de los tejidos.

3 RESPECTO AL DETERIORO DE LA FUNCION INTELECTUAL Y LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, <u>ES FALSO QUE</u>:

3a) Muchos pacientes experimentan una mejoría de la función intelectual después de la revascularización quirúrgica, que se puede manifestar por una mayor capacidad para ejecutar operaciones matemáticas, una mayor facilidad de conversación o una mejor comprensión de la lectura.
3b) Es un tema debatido actualmente.
3c) En el postoperatorio, las observaciones de los pacientes NO suelen ser compartidas por sus amigos y familiares.
3d) NO todos los autores consideran que la demencia NO constituye una manifestación de enfermedad vascular.

4 ¿CUANTAS VARIACIONES TIENE EL ARCO PALMAR PROFUNDO INCOMPLETO BASADAS EN EL APORTE CUBITAL HACIA LA ARTERIA RADIAL?

4a) 2.
4b) 4.
4c) 5.
4d) 7.

5 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA SOBRE LAS AMPUTACIONES DE LA EXTREMIDAD INFERIOR.

5a) Desde el punto de vista funcional, debe dejarse el muñón más largo que sea posible por cada nivel de amputación.
5b) En la amputación de Lisfranc, la sección del tendón de Aquiles permite minimizar la deformidad del pie en equinovaro.
5c) La amputación de Chopart se asocia a una deformidad en varo por sección del músculo peroneo menor.
5d) La amputación de Syme presenta menor riesgo de dehiscencia de muñón respecto a la amputación transmetatarsiana en casos de neuropatía grave.

6 EL FACTOR DESENCADENANTE MÁS PREVALENTE PARA EL DESARROLLO DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA ES:

6a) Gestación.
6b) Obesidad.
6c) Bipedestación habitual y prolongada.
6d) Sedentarismo.

7 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE TRAS LAS REPARACION PROGRAMADA DE UN ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS?

7a) Trombosis venosa profunda.
7b) Hemorragia.
7c) Neumonía.
7d) Infección de la herida quirúrgica.

8 EN UN INDIVIDUO NORMAL, LA PRESIÓN ARTERIAL SEGMENTARIA MEDIDA EN LA PARTE SUPERIOR DEL MUSLO SUPERA LA PRESIÓN ARTERIAL BRAQUIAL EN:

8a) 10-20 mmHg.
8b) 20-30 mmHg.
8c) 30-40 mmHg.
8d) 40-50 mmHg.

9 A NIVEL CEREBROVASCULAR, EN RELACIÓN CON LAS LESIONES VASCULARES MÚLTIPLES, ES CIERTO QUE:

9a) Según el estudio WASID, la anticoagulación NO ha demostrado beneficio en el caso de lesiones intracraneales sintomáticas.
9b) Entre los pacientes con estenosis carotidea sintomática y obstrucción contralateral, la endarterectomía carotidea NO ofrece ventajas a largo plazo y puede resultar dañina.
9c) Si existe una estenosis intracraneal asociada a una estenosis extracraneal, la endarterectomía carotidea NO mejora el flujo en el segmento distal.
9d) En el caso de una estenosis carotidea bilateral significativa, la cirugía simultánea NO ha demostrado aumentar la mortalidad.

10 ¿CUÁL DE ESTOS FACTORES PRODUCE LA CONTRACCIÓN DEL VASO?

10a) Anión superóxido.
10b) L-arginina.
10c) Trifosfato de Adenosina (ATP).
10d) Trinitato de glicérido.

11 EL ÍNDICE DE LLENADO VENOSO (ILLV) ES UN PARÁMETRO QUE SE UTILIZA EN:

11a) La pletismografía de extensómetro.
11b) La pletismografía aérea (PGA).
11c) La pletismografía de impedancia.
11d) La fotopletismografía (FPG).

12 EN RELACION A LA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA, ES FALSO QUE:

12a) La exposición de la arteria mesentérica superior se logra separando el epiplón y el colon transverso en sentido cefálico y el intestino delgado y el mesenterio en sentido caudal.
12b) Para la realización de una derivación de la arteria mesentérica superior la elección de un injerto protésico es preferible.
12c) La creación de una derivación aortomesentérica anterógrada precisa la creación de un túnel retropancreático.
12d) Es difícil técnicamente determinar la longitud correcta de un injerto en los casos de derivaciones aortomesentéricas retrógradas.

13 ENTRE LOS ANEURISMAS DE LAS ARTERIAS VISCERALES ¿CUALES SON LOS MENOS FRECUENTES?

13a) Aneurismas de la arteria mesentérica inferior.
13b) Aneurismas de la arteria gastroduodenal.
13c) Aneurismas de las arterias intestinales (yeyunales, ileales, cólicas).
13d) Aneurismas del tronco celíaco.

14 LA EVALUACIÓN CARDIACA SISTEMÁTICA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA FÉMORO-POPLÍTEA Y/O CAROTIDEA:

14a) Supone una modificación de la actitud quirúrgica.
14b) Permite la corrección de las lesiones coronarias detectadas.
14c) Supone una modificación de la actitud quirúrgica aunque NO permite, por las circunstancias clínicas, la corrección de las lesiones coronarias detectadas en la mayoría de los casos.
14d) NO supone una modificación de la actitud quirúrgica NI permite, por las circunstancias clínicas, la corrección de las lesiones coronarias detectadas en la mayoría de los casos.

15 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA SOBRE EL ESTUDIO HEMODINÁMICO DEL REFLUJO VENOSO.

15a) En condiciones normales, existe cierto grado de reflujo venoso fisiológico.
15b) El índice de Psathakis se calcula en la vena femoral, y se considera patológico si es superior a 0,5 segundos.
15c) El índice de Fontcuberta se calcula en la vena poplítea, y se considera patológico si es igual o superior a 0,35 segundos.
15d) El tiempo de Van Bemmelen se calcula en la vena femoral común o en la vena poplítea, y es patológico si es superior a 0,4 segundos.

16 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES SE ESTIMA QUE EJERCE UN MAYOR IMPACTO SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL?

16a) Trombosis venosa profunda.
16b) Diabetes Mellitus.
16c) Raza negra.
16d) Sexo femenino.

17 EN RELACIÓN A LA ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA, ES FALSO QUE:

17a) En sujetos sanos el flujo sanguíneo intestinal hiperémico posprandial alcanza su máximo a los 30-90 minutos después de la comida.
17b) Los cambios en la respuesta hiperémica posprandial se normalizan tras la revascularización mesentérica.
17c) La respuesta hiperémica posprandial puede durar entre 4 a 6 horas y se produce preferiblemente en intestino delgado y estómago, aumentando poco en páncreas e intestino grueso.
17d) La presencia de sintomatología NO depende del número de arterias viscerales con enfermedad oclusiva.

18 CON CARÁCTER INDIVIDUAL Y PARTIENDO DE UNA SITUACIÓN PREVIA ÓPTIMA, EL RIESGO DE PADECER INSUFICIENCIA RENAL DESPUÉS DE SOMETERSE A UNA RESECCIÓN ELECTIVA DE ANEURISMA DE AORTA INFRARRENAL ES DEL:

18a) 0,1%.
18b) 0,5%.
18c) 5%.
18d) 5,5%.

19 EL INCREMENTO DE LAS SIGUIENTES MOLECULAS SE RELACIONA CON EL DESARROLLO DE ANEURISMAS AÓRTICOS, EXCEPTO UNA, SEÑÁLELA:

19a) Metalo-proteinasa de la matriz-9.
19b) Elastasa de los neutrófilos.
19c) Doxiciclina.
19d) Plasmina.

20 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA SOBRE LA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN VENOSA.

20a) La derivación de Palma es útil en pacientes con oclusión crónica femoral o poplítea.
20b) En casos de ausencia de material autológo, el injerto de PTFE con soporte externo es la mejor opción.
20c) La trasposición de May-Husni se conoce como derivación safeno-poplítea y requiere la realización de una única anastomosis.
20d) La causa más frecuente para reconstrucción de la vena cava inferior suprarrenal es la oclusión membranosa de la vena cava inferior.

21 ¿LA MUTACION DE QUÉ GEN PRODUCE EL SINDROME DE MILROY (LINFEDEMA HEREDITARIO TIPO I)?

21a) *VEGFR3*
21b) *FOXC2*
21c) *PTPN11*
21d) *SOX18*

22 REFERENTE A LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS (PFR) EN LOS PACIENTES CANDIDATOS A UNA INTERVENCIÓN ABDOMINAL, ES CIERTO QUE:

22a) NO deben hacerse de forma sistemática NI sus resultados deben usarse como motivo principal para rechazar a un paciente para la intervención.
22b) Deben hacerse de forma sistemática, pero sus resultados NO deben usarse como motivo principal para rechazar a un paciente para la intervención.
22c) Deben hacerse de forma sistemática y sus resultados deben usarse como motivo principal para rechazar a un paciente para la intervención.
22d) NO deben hacerse de forma sistemática, solamente en aquellos pacientes que presenten disnea.

23 RESPECTO AL USO CONCOMITANTE DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA PERMEABILIDAD DE LA RECONSTRUCCIÓN VENOSA, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA.

23a) La proporción óptima entre el diámetro de la fístula y el injerto NO debe ser mayor de 0,3.
23b) Tras la realización de la fístula, una presión intraoperatoria elevada en la femoral indica la necesidad de ampliar el diámetro.
23c) El uso de injerto de PTFE de 4 mm permite evitar un flujo excesivo.
23d) Generalmente la anastomosis arterial se realiza con la arteria femoral superficial

24 EN RELACIÓN A LA HIPERTENSION RENOVASCULAR, ES FALSO QUE:

24a) Es una entidad en la que la elevación de la presión arterial se debe a la hipoperfusión renal con reducciones concomitantes del flujo sanguíneo renal.
24b) El estímulo inicial de la hipoperfusión renal activa el sistema renina-angiotensina, lo que se traduce en la liberación de renina con un incremento acompañante de los niveles de angiotensina II.
24c) La expansión de volumen debida a la retención de sodio mediada por angiotensina II es contrarrestada de forma completa por el riñón contralateral intacto, que responde al incremento de la presión arterial con una natriuresis por presión.
24d) El sistema renina-angiotensina es uno de los mecanismos que regula la homeostasia.

25 EN LA ANGIOGRAFÍA POR SUSTRACIÓN DIGITAL:

25a) La técnica escalonada ofrece claras ventajas frente a la técnica por etapas.
25b) La técnica por etapas ofrece claras ventajas frente a la técnica escalonada.
25c) La obtención de la máscara es más rápida en la técnica por etapas.
25d) La técnica escalonada NO permite captar los movimientos finos del sujeto.

26 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SINDROMES TIENE UNA HERENCIA AUTOSÓMICA RECESIVA?

26a) Síndrome de Milroy.
26b) Síndrome de linfedema-distiquiasis.
26c) Síndrome del hemangioma cavernoso azul.
26d) Síndrome Noonan.

27 RESPECTO A LAS MANIFESTACIONES CLINICAS E INDICACIONES TERAPEUTICAS DE LA HIPERTENSION RENOVASCULAR, ES FALSO QUE:

27a) La prevalencia de esta entidad en la población con hipertensión arterial es baja.
27b) Las indicaciones de tratamiento dependen en gran medida de la edad de presentación.
27c) Los niños y lactantes con hipertensión renovascular pueden mostrar un retraso en el crecimiento.
27d) El clásico aspecto en "collar de perlas" de la fibrodisplasia arterial en niños y lactantes es un hallazgo habitual.

28 ¿QUÉ GRUPO SANGUINEO SE ASOCIA CON UNA MAYOR PREVALENCIA DE TROMBOEMBOLIA?

28a) A.
28b) B.
28c) AB.
28d) O.

29 EL CO_2 UTILIZADO COMO MEDIO PARA ANGIOGRAFÍA:

29a) Se mezcla uniformemente con la sangre.
29b) Aumenta el riesgo de sobrecarga hídrica.
29c) Tiene un efecto directo sobre la osmolaridad.
29d) Tiene baja viscosidad.

30 LA VENOGRAFÍA REPRESENTA EL GOLD ESTÁNDAR EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE VENA CAVA INFERIOR. EL PATRÓN QUE CONSISTE EN UNA *OCLUSIÓN COMPLETA O CASI COMPLETA CON FLUJO ANTERÓGRADO EN LA VENA ÁZIGOS* CORRESPONDE A:

30a) Tipo I.
30b) Tipo II.
30c) Tipo III.
30d) Tipo IV.

31 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES MALFORMACIONES VASCULARES CURSA CON ALTO FLUJO?

31a) Klippel-Trenaunay.
31b) Proteus.
31c) Maffucci.
31d) Parkes Weber.

32 EN RELACIÓN A LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA REVASCULARIZACIÓN DE LA ARTERIA RENAL, ES FALSO QUE:

32a) La trombosis precoz de un injerto venoso es relativamente baja.
32b) Las estenosis tardías de los autoinjertos arteriales aortorrenales son raras.
32c) La dilatación aneurismática del injerto venoso realizado en niños y adultos presenta unas tasas en torno al 20%.
32d) Las estenosis anastomóticas tardías han reducido su frecuencia con la mejora de las técnicas quirúrgicas vasculares.

33 ES FALSO QUE LOS MEDIOS DE CONTRASTE CONVENCIONALES UTILIZADOS EN ANGIOGRAFÍA:

33a) Alteran la conducción intracardiaca pudiendo provocar arritmias.
33b) Puedan generar broncoespasmo e hipertensión pulmonar.
33c) Aceleran la coagulación.
33d) Favorecen la vasodilatación sistémica.

34 RESPECTO A LA ISQUEMIA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR ES FALSO QUE:

34a) La ateroesclerosis es poco frecuente en las arterias de la extremidad superior.
34b) Las enfermedades del tejido conectivo afectan frecuentemente a las arterias de la extremidad superior.
34c) La arteritis de células gigantes puede afectar a las arterias axilar o braquial.
34d) La arteritis de células gigantes cuando afecta al miembro superior suele responder rápidamente al tratamiento médico.

35 SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA ACERCA DEL LINFEDEMA DE EXTREMIDAD INFERIOR.

35a) El linfedema congénito es más frecuente en mujeres y suele ser unilateral.
35b) En el linfedema primario, el 80% de los pacientes presenta un patrón de obstrucción distal.
35c) La causa más frecuente de linfedema secundario es la filariasis por *Wuchereria bancrofti.*
35d) Los tumores que con más frecuencia producen linfedema secundario son el carcinoma de próstata en el hombre y el linfoma en la mujer.

36 LAS PROPIEDADES DE LOS CONDUCTOS VASCULARES NO DEPENDEN DE:

36a) La velocidad de umbral trombótico.
36b) La elasticidad.
36c) La disponibilidad inmediata y el tamaño apropiado.
36d) La durabilidad a largo plazo.

37 RESPECTO A LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS TRAUMATISMOS ARTERIALES, ES FALSO QUE:

37a) Las manifestaciones clínicas dependen del tipo de lesión arterial.
37b) Tras un traumatismo torácico contuso la mayoría de las lesiones quedan taponadas por las estructuras mediastínicas y la contención de la adventicia.
37c) Las lesiones contusas de los vasos abdominales mayores son muy infrecuentes.
37d) La manifestación más frecuente de las lesiones arteriales de las extremidades es la hemorragia.

38 LA PRUEBA DE ELECCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LINFEDEMA ES

38a) TAC.
38b) RM.
38c) Linfogammagrafía.
38d) Eco-doppler.

39 RESPECTO A LOS TRAUMATISMOS EN EL CUELLO, SE ACEPTA UNIVERSALMENTE QUE:

39a) Todos los pacientes con heridas penetrantes en las zonas I y III deben someterse a una arteriografía diagnóstica y a una posible intervención selectiva en base a los resultados.
39b) La exploración operatoria resulta obligatoria en los traumatismos penetrantes en zona II
39c) El uso de la arteriografía en las lesiones en la zona II debe ser rutinario.
39d) Ninguna de las afirmaciones anteriores es cierta.

40 REFERENTE A LOS INJERTOS VENOSOS, ES CIERTO QUE:

40a) Tras la implantación, todos los injertos venosos presentan cambios estructurales a nivel celular y a nivel molecular.
40b) La modificación de la respuesta hiperplásica de la íntima mediante intervención farmacológica ha logrado buenos resultados.
40c) Uno de los factores principales para minimizar el daño endotelial durante la obtención y preparación del injerto es la conservación y la distensión del mismo con solución fría.
40d) Existe escasa bibliografía que demuestre el efecto nocivo de aplicar alta presión para distender el injerto antes de realizar la derivación.

41 EN LA CATEGORIA C DE LA CLASIFICACIÓN DE CHILD DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL, LA ALBUMINA EN SANGRE ES:

41a) Menor de 3 mg/dL.
41b) Entre 3-3,5 mg/dL.
41c) Entre 3,5-4 mg/dL.
41d) Mayor de 4 mg/dL.

42 DESDE EL PUNTO DE VISTA ANATOMO-PATOLÓGICO EL LINFEDEMA SE CARACTERIZA POR TODO LO SIGUIENTE EXCEPTO:

42a) Engrosamiento de la membrana basal de los vasos linfáticos.
42b) Fragmentación de las fibras elásticas de los vasos linfáticos.
42c) Incremento del número de fibroblastos.
42d) Aumento de fibras de colágeno patológicas.

43 ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA GLOBAL DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GENERALES?

43a) 13%.
43b) 19%.
43c) 24%.
43d) 38%.

44 TRAS LA SUTURA DE UN INJERTO PROTÉSICO NO SE PRODUCE:

44a) Adsorción de proteínas.
44b) Acumulación de plaquetas.
44c) Infiltración de linfocitos.
44d) Penetración de células endoteliales y musculares lisas.

45 EN RELACIÓN AL SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL, ES CIERTO QUE:

45a) La presión intrabdominal (PIA) normal en decúbito supino y en condiciones de reposo se encuentra alrededor de los 15-20 cm H_2O.
45b) Se caracteriza por un abdomen tenso, taquicardia, hipertensión arterial, disfunción respiratoria y oliguria.
45c) Todos los pacientes que sufren un traumatismo abdominal grave corren el riesgo de desarrollar esta entidad.
45d) En general, se considera que una presión intrabdominal superior a 30 mmHg es una indicación para proceder a la descompresión quirúrgica.

46 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA ACERCA DE LA PRÓTESIS PARA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR.

46a) El encaje cuadrangular de contacto total para amputación supracondílea se recomienda en casos de muñón corto.
46b) Para utilizar una rodilla protésica, el extremo del muñón debe estar al menos a 8 cm por encima de los cóndilos femorales.
46c) El encaje PTB para amputación infracondílea deja libre la rótula y evita la presión sobre prominencias óseas.
46d) En la amputación de Syme, lo más habitual es utilizar el pie tipo SACH.

47 LAS ESTRÍAS GRASAS:

47a) Son lesiones microscópicas.
47b) Hacen relieve.
47c) NO se observan habitualmente en los lactantes y niños.
47d) En las culturas occidentales tienden a progresar hasta formar lesiones más avanzadas.

48 LA HIPERTENSIÓN PORTAL SE DEFINE POR UNA PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO MAYOR DE:

48a) 5 mm Hg.
48b) 8 mm Hg.
48c) 10 mm Hg.
48d) 12 mm Hg.

49 LA AUSENCIA DE FÓVEA EN LAS EXPLORACIÓN DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE LINFEDEMA SE CONOCE CON EL NOMBRE DE:

49a) Signo de Stemmer.
49b) Signo de Meige.
49c) Signo de Kaposi.
49d) Signo de Godet.

50 ENTRE LAS DIFERENTES TEORÍAS SOBRE LA ATEROGENIA NO SE INCLUYE:

50a) La hipótesis policlonal.
50b) La hipótesis mesenquimatosa.
50c) La hipótesis lipídica.
50d) La hipótesis trombogénica.

51 EN CASO DE SOSPECHA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL, ¿QUÉ HALLAZGO NOS RECOMENDARÍA POR SÍ SOLO LA REALIZACIÓN DE UNA FASCIOTOMÍA?

51a) Presión compartimental absoluta superior a 40-45 mmHg.
51b) Presión compartimental superior a 30 mmHg durante 3 horas.
51c) Presión compartimental inferior a 20 mmHg de la presión arterial media.
51d) Pulsos distales y pérdida de flujo bifásico en venas tibiales.

52 ¿CUÁL DE ESTOS FACTORES NO SE VALORA EN LA CLASIFICACIÓN DE CHILD?

52a) Ascitis.
52b) Tiempo de protrombina.
52c) Encefalopatía.
52d) Estado nutricional.

53 EN CUANTO A LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA PLACA DE ATEROMA, ES CIERTO QUE:

53a) El grosor íntima-media (GIM) NO es un parámetro complementario indicativo de aterosclerosis precoz.
53b) La tensión de cizallamiento es la variable más influyente en su distribución.
53c) En general, la arteria femoral común es la más afectada de la extremidad inferior.
53d) El tabaquismo y la diabetes predisponen a una combinación de patrones de distribución.

54 RESPECTO A LA EVALUACION DIAGNÓSTICA DE LOS TRAUMATISMOS ARTERIALES DE LAS EXTREMIDADES, ES CIERTO QUE:

54a) Estas lesiones pueden producir manifestaciones clínicas muy variadas aunque suelen ser evidentes.
54b) Un paciente con una herida penetrante o contusa con una exploración física normal NO necesita pruebas de imagen adicionales.
54c) Las lesiones traumáticas clínicamente significativas se suelen asociar a una disminución del pulso distal o a un ITBM menor de 1.
54d) Si existen signos duros como la hemorragia pulsátil, la ausencia de pulso distal, un hematoma en expansión o si el paciente refiere una hemorragia importante tras el traumatismo, se debe optar por una exploración quirúrgica inmediata.

55 ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DEL FENÓMENO DE ROBO EN LOS ACCESOS ARTERIOVENOSOS PARA HEMODIÁLISIS?

55a) 2%
55b) 5%
55c) 7%
55d) 10%

56 EN LA ARTERITIS DE TAKAYASU, ES CIERTO QUE:

56a) El 5-10% de los pacientes tiene hipertensión arterial.
56b) El 5% de los pacientes tiene dilatación de la aorta ascendente con insuficiencia aórtica.
56c) Hay que realizar diagnóstico diferencial de esta patología en aquellos pacientes que presentan una disnea de esfuerzo inexplicable.
56d) Ocupa el segundo lugar en frecuencia dentro de la vasculitis de grandes vasos.

57 EL SINDROME COMPARTIMENTAL ES UNA COMPLICACION QUE PUEDE APARECER TRAS UN TRAUMATISMO VASCULAR. SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA.

57a) La causa fisiopatológica más frecuente de esta entidad es el edema de los tejidos blandos contenidos en un compartimento aponeurótico.
57b) El síndrome compartimental NO puede existir sin una alteración dinámica del flujo venoso.
57c) La fasciotomía debe abarcar los 3 compartimentos de la pierna o los 2 del antebrazo.
57d) El manitol ha demostrado reducir la gravedad de la hipertensión compartimental.

58 ACERCA DE LA FASCIOTOMÍA, ES CIERTO QUE

58a) El brazo NO tiene fascias inextensibles por lo que NO desarrolla síndrome compartimental.
58b) La fasciotomía del muslo se realiza mediante incisión longitudinal y descompresión de todos los compartimentos musculares.
58c) La fasciotomía del antebrazo se realiza mediante una incisión anterior hasta la mano y una contraincisión en cara posterior.
58d) La fasciotomía de la pantorrilla requiere al menos dos incisiones.

59 REFERENTE A LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES ES CIERTO QUE

59a) Se suele observar en pacientes menores de 50 años.
59b) La tercera complicación de mayor gravedad es la ceguera por lesión de la arteria oftálmica.
59c) Uno de los criterios diagnósticos es una velocidad de sedimentación globular superior a 30.
59d) Puede manifestarse con una estenosis u oclusión en la arteria braquial o en la arteria femoral superficial.

60 EN RELACION A LA PROTECCIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL EN LA CIRUGÍA AÓRTICA TORACOABDOMINAL, SEÑALE LO FALSO:

60a) Además de la extensión del aneurisma, otros factores de riesgo son la edad, su presentación de urgencia, el tiempo de clampaje aórtico, la insuficiencia renal y el tabaquismo.
60b) En muchos centros la protección de la médula espinal se basa en el drenaje de LCR junto a la perfusión aórtica distal.
60c) En las primeras series publicadas, la reimplantación de las arterias intercostales representaba un factor de riesgo para el déficit neurológico postoperatorio.
60d) Según los estudios de J. Safi et al. la enfermedad cerebrovascular NO demostró ser un factor de riesgo para la aparición de esta complicación.

61 EN LOS ACCESOS VASCULARES EL TERMINO 'FONDO DE PRESIÓN' HACE REFERENCIA A:

61a) Capacitancia del flujo de salida venoso.
61b) Área de presión reducida de la arteria proximal a la anastomosis.
61c) Presión venosa distal a la anastomosis.
61d) Diferencia de presión venosa en la anastomosis respecto a la presión venosa central.

62 RESPECTO A LA ISQUEMIA AGUDA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

62a) Se ha demostrado que el tratamiento trombolítico con activadores del plasminógeno reduce la morbilidad y la mortalidad en comparación con la revascularización quirúrgica inmediata.
62b) En los últimos años ha descendido la popularidad de la trombectomía mecánica.
62c) La revascularización quirúrgica abierta inmediata es una técnica sencilla con baja morbi-mortalidad.
62d) Las complicaciones renales son las más frecuentes en este tipo de pacientes.

63 DENTRO DEL ALGORITMO GENERAL DE CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS GRDS *(GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO)*, AQUELLA QUE ENGLOBA LOS DIAGNÓSTICOS RELATIVOS AL APARATO CIRCULATORIO ES:

63a) CDM 2.
63b) CDM 5.
63c) CDM 8.
63d) CDM 10.

64 PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE UN DEFICIT NEUROLÓGICO TARDÍO TRAS CIRUGÍA AÓRTICA ES NECESARIO:

64a) Optimizar la perfusión de la médula espinal y el aporte de oxigeno manteniendo una presión arterial media superior a 90 mmHg, hemoglobina mayor de 10 mg/dL y un índice cardiaco que NO supere los 2 l/min.
64b) Mantener el drenaje de LCR en todos los pacientes al menos 72h.
64c) Si ya fue retirado, volver a colocar el catéter de drenaje de LCR para extraer LCR hasta que mejore la clínica.
64d) b) y c) son correctas.

65 RESPECTO A LOS MECANISMOS IMPLICADOS EN LA ENFERMEDAD DE RAYNAUD PRIMARIA, ES CIERTO QUE SE PRODUCE:

65a) Aumento de la cantidad de óxido nítrico.
65b) Las plaquetas liberan menor cantidad de 5-HT y TXa2.
65c) Aumento de la endotelina 1.
65d) Aumento de la presión de distensión.

66 LA *GUIA DOQI 30* RECOMIENDA UN USO DE CATÉTERES PARA HEMODIALISIS INFERIOR AL:

66a) 5%
66b) 10%
66c) 15%
66d) 20%

67 RESPECTO A LA ELECCIÓN DE LA VÍA DE ABORDAJE DE LA AORTA INFRARRENAL, SEÑALE LO FALSO:

67a) El abordaje retroperitoneal es más adecuado en pacientes con aneurismas inflamatorios.
67b) En caso de reintervenciones, aneurismas pararrenales o aneurismas que se extienden hasta las bifurcaciones iliacas es preferible el abordaje retroperitoneal.
67c) Una complicación habitual es la aparición de "abultamientos" en el flanco que se producen por denervación de los músculos abdominales laterales en el abordaje retroperitoneal.
67d) Darling y cols. han descrito una exposición más amplia de los vasos viscerales mediante una vía de abordaje retroperitoneal.

68 EL TRASTORNO MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADO AL SÍNDROME DE RAYNAUD SECUNDARIO ES:

68a) La esclerodermia.
68b) La distrofia simpático refleja.
68c) La enfermedad de Buerger.
68d) La aterosclerosis.

69 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA ACERCA DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA OCLUSIÓN CRÓNICA DE LAS VENAS ILÍACAS.

69a) La causa más frecuente de reestenosis temprana es la hiperplasia intimal.
69b) La angioplastia simple es insuficiente y es imprescindible la colocación de endoprótesis.
69c) El uso de ecografía intravascular aporta datos más precisos que la venografía en cuanto a la morfología de la lesión a tratar.
69d) Es importante volver a dilatar la endoprótesis tras su colocación para evitar migraciones.

70 EL CATÉTER USADO EN ECOGRAFÍA INTRAVASCULAR (IVUS) EN CASOS DE PATOLOGÍA AÓRTICA UTILIZA NORMALMENTE UNA FRECUENCIA DE TRANSDUCTOR DE:

70a) 10 MHz.
70b) 20 MHz.
70c) 30 MHz.
70d) 40 MHz.

71 RESPECTO AL SÍNDROME DE KASABACH-MERRIT, ES CIERTO QUE:

71a) Afecta más a mujeres.
71b) Afecta más a hombres.
71c) Se trata de una coagulopatía intravascular diseminada que se produce en adultos con una malformación venosa generalizada.
71d) Cursa con una concentración baja de fibrinógeno.

72 ENTRE LAS PRUEBAS INCRUENTAS MÁS ÚTILES PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE RAYNAUD NO SE ENCUENTRA:

72a) La medición de la temperatura digital.
72b) La medición del tiempo de recuperación del frío digital.
72c) La medición de las presiones sistólicas digitales.
72d) El flujo con doppler láser digital.

73 EL HEMANGIOMA DEL LACTANTE:

73a) Es más frecuente en niñas.
73b) Presenta un crecimiento lento.
73c) Es un tumor completamente desarrollado al nacimiento.
73d) Característicamente crece en múltiples localizaciones.

74 SEÑALE LA RESPUESTA <u>FALSA</u> RESPECTO A LA FISIOPATOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.

74a) La lesión primaria es la extravasación de eritrocitos y fibrinógeno como consecuencia de la hipertensión venosa.
74b) El reclutamiento de leucocitos se lleva a cabo mediado por la molécula de adhesión intercelular ICAM-1.
74c) El manguito de fibrina perivascular organizado actúa como barrera de nutrientes y oxígeno hacia la matriz extracelular.
74d) El TGF-β es la principal citoquina implicada en la insuficiencia venosa crónica y aumenta con la gravedad de la enfermedad.

75 <u>NO</u> ES UN INHIBIDOR ENDÓGENO DE LA COAGULACIÓN Y DE LA FIBRINOLISIS:

75a) El inhibidor de la ruta del factor tisular.
75b) El cofactor II de la heparina.
75c) Las proteasas nexinas.
75d) El inhibidor del factor Xa.

76 EL GRANULOMA PIOGÉNICO:

76a) Se asocia a un traumatismo o trastorno dermatológico preexistente.
76b) Clínicamente se manifiesta como una masa dura mayor de 1 cm.
76c) El tratamiento de elección es la administración intralesional de corticoesteroides.
76d) Presenta un crecimiento rápido.

77 EN LAS BIOPSIAS CUTÁNEAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA Y ÚLCERA VENOSA, SE HA ENCONTRADO UNA SOBREEXPRESIÓN DE LAS SIGUIENTES METALOPROTEINASAS, <u>EXCEPTO UNA</u>. ¿CUÁL?

77a) MMP 1.
77b) MMP 2.
77c) MMP 9.
77d) MMP 13.

78 LA FLEXIBILIDAD EN LA PREPARACIÓN DEL INJERTO VENOSO Y EL CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES OPCIONES DE DERIVACIÓN SON FUNDAMENTALES PARA OPTIMIZAR EL USO DE LA VENA AUTÓLOGA. SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

78a) Como norma general NO deben utilizarse venas menores de 2,5 mm de diámetro, venas NO compresibles, ni aquellas escleróticas ni con pared fina.
78b) Los indicios de superioridad biológica del injerto in situ basados en una mejor conservación del endotelio han sido demostrados sistemáticamente en varios estudios a lo largo de las últimas décadas.
78c) Además de una mayor incidencia de problemas técnicos tempranos que conducen a una estenosis del injerto venoso y fracaso temprano del injerto, la infección de la herida es más frecuente en los injertos in situ.
78d) La degeneración aneurismática de los injertos venosos es infrecuente y suele estar relacionada con la aterosclerosis avanzada.

79 ¿QUÉ SENSIBILIDAD PRESENTA LA FLEBOGRAFIA PARA LA LOCALIZACIÓN DE LAS VENAS PREFORANTES INSUFICIENTES?

79a) 60%
79b) 70%
79c) 80%
79d) 90%

80 EN LAS EMBOLIAS ESPONTÁNEAS DE ORIGEN NO CARDIACO, ES FALSO QUE:

80a) La ecocardiografía y el cateterismo cardiaco ayudan en su diagnóstico.
80b) Los émbolos suelen proceder de lesiones arterioscleróticas de vasos proximales.
80c) Los aneurismas y los tumores NO cardiacos pueden ser el origen de este tipo de embolias.
80d) Representan entre el 15% y el 20% de los casos.

81 ¿QUÉ FARMACO HA DEMOSTRADO FAVORECER LA CURACIÓN DE ÚLCERAS VENOSAS?

81a) Hidroxirutósidos.
81b) Fracción purificada y micronizada de los flavonoides (FPMF)
81c) Troxerutina.
81d) Ácido acetilsalicílico.

82 ¿CÚAL DE LOS SIGUIENTES TROMBOLÍTICOS TIENE UNA ACCCIÓN DIRECTA?

82a) La alfimeprasa.
82b) La estafilocinasa.
82c) La desmoteplasa.
82d) La estreptocinasa.

83 EN LA EXPLORACIÓN DEL LINFEDEMA, EL SIGNO DE STEMER CONSISTE EN:

83a) La presencia de una almohadilla grasa retromaleolar.
83b) La ausencia de fóvea a la presión cutánea.
83c) La imposibilidad de pinzar la piel del dorso del segundo dedo.
83d) La acentuación de los pliegues cutáneos.

84 SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u> ACERCA DE LA GANGRENA VENOSA EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR.

84a) Representa el 2-5% de todos los casos de gangrena venosa.
84b) Una forma frecuente de presentación es como trombosis axilo-subclavia de esfuerzo.
84c) La presentación como trombosis relacionada con catéter es poco frecuente.
84d) Es habitual encontrar estado subyacente de hipercoagulabilidad o proceso tumoral.

85 ¿A PARTIR DE QUE TIEMPO SE CONSIDERA PATOLÓGICA LA CAPTACIÓN EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS INGUINALES EN UNA LINFOGAMMAGRAFIA?

85a) Más de 15 minutos.
85b) Más de 30 minutos.
85c) Más de 45 minutos.
85d) Más de 60 minutos.

86 LA ECUACIÓN DE LA LEY DE POISEUILLE <u>NO</u> INCLUYE:

86a) La energía potencial.
86b) El flujo.
86c) El radio interno.
86d) La resistencia.

87 LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA DE LA AORTA HA EVOLUCIONADO TECNOLÓGICAMENTE DE MANERA EXPONENCIAL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. ACERCA DE ESTA TÉCNICA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN <u>FALSA</u>:

87a) La planificación es uno de los pasos más importantes en la reparación endovascular de la patología aórtica siendo especialmente importante la adecuada medición del diámetro del cuello para el correcto sobredimensionamiento de la endoprótesis.
87b) Un sobredimensionamiento excesivo ha demostrado producir dilatación del cuello y se asocia a una mayor tasa de migración, tan sólo demostrada en aquellos dispositivos sin fijación suprarrenal con una elevada fuerza radial.
87c) La ventaja fundamental de la fijación suprarrenal es que puede proteger frente a la migración temprana o tardía del dispositivo.
87d) Otras características del cuello como la longitud insuficiente o la angulación mayor al 40% tienen un efecto adverso en el resultado de esta técnica.

88 EN LAS ANASTOMOSIS ARTERIALES:

88a) La geometría idealizada describe un cociente entre el diámetro del injerto y del vaso receptor de 3, y un ángulo anastomótico de 25º.
88b) En un ángulo adverso, el aumento de la pérdida de presión habitualmente NO tiene relevancia clínica.
88c) Cuanto menor es el ángulo que forman el injerto y el vaso receptor, mayor es la pérdida de energía.
88d) Siempre que sea factible, se recomienda realizar una anastomosis termino-lateral o latero-terminal.

89 EL DÍMERO D ES PRODUCTO DE DEGRADACIÓN DE:

89a) Fibrina entrecruzada.
89b) Fibrina soluble.
89c) Plasmina.
89d) Fibrinógeno.

90 ES FALSO ACERCA DE LA VALVULOPLASTIA INTERNA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA.

90a) Es la técnica con mejor resultado en pacientes con insuficiencia venosa profunda valvular.
90b) La técnica original se realiza por venotomía longitudinal aunque se han propuesto modificaciones mediante venotomía transversa.
90c) A 5 años, la competencia valvular es de hasta el 70%.
90d) Se estima que un plegamiento del 40%de las hojas valvulares es suficiente para restaurar su competencia.

91 LA DERIVACIÓN EXTRA ANATÓMICA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÓNICA ES, EN OCASIONES, EL ÚNICO RECURSO DE REVASCULARIZACIÓN. EN RELACIÓN CON ESTAS TÉCNICAS, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

91a) La derivación femorofemoral cruzada es útil para tratar pacientes con trombosis de la rama de un injerto aortobifemoral.
91b) En el caso de la derivación axilofemoral, la tasa de permeabilidad primaria a los 3 años en pacientes con isquemia crítica es del 40% y del 85% en pacientes claudicantes.
91c) La derivación del obturador es técnicamente compleja. Mientras que la anastomosis distal se puede realizar en la arteria femoral superficial, en la arteria femoral profunda e incluso en la arteria poplítea, la anastomosis proximal se realiza siempre en la arteria iliaca ipsilateral.
91d) Si el paciente es adecuado para una toracotomía, los resultados a largo plazo de la derivación toracofemoral son comparables a los resultados de una derivación aortobifemoral.

92 DIGA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA.

92a) El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud NO comprende la prestación farmacéutica.
92b) La cartera común básica del Sistema Nacional de Salud se aprueba mediante Real Decreto.
92c) La cartera común suplementaria está sujeta a aportación del usuario.
92d) Las Comunidades Autónomas pueden incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento NO contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

93 EN RELACIÓN CON LAS RETRIBUCIONES DEL PERSONAL ESTATUTARIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA.

93a) Las retribuciones del personal estatutario se estructuran en retribuciones básicas y retribuciones complementarias.
93b) La deducción de haberes derivada del ejercicio del derecho de huelga tiene carácter de sanción disciplinaria.
93c) Las pagas extraordinarias forman parte de las retribuciones básicas.
93d) Las retribuciones complementarias son fijas o variables.

94 ES COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN-GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD:

94a) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con la Organización Central de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con el Departamento de Salud.
94c) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con los centros sanitarios de titularidad privada para la prestación de los servicios sanitarios complementarios.
94d) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con las demás organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

95 EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PACIENTES Y USUARIOS:

95a) Se registrarán todas las reclamaciones y solicitudes que se presenten ante ellos, con independencia del centro, servicio o establecimiento destinatario de la misma.
95b) Únicamente se registrarán las reclamaciones y solicitudes dirigidas a su propio centro, servicio o establecimiento sanitario.
95c) Únicamente se registrarán las reclamaciones y solicitudes presentas por escrito y dirigidas a su propio centro, servicio o establecimiento sanitario.
95d) Las reclamaciones y solicitudes deben presentarse, en todo caso, por escrito.

96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO SANITARIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA.

96a) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda cuando el paciente se encuentre en una situación en la que NO sea posible expresar su voluntad.
96b) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda siempre que el paciente se encuentre en alguna de las situaciones previstas en las instrucciones.
96c) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda cuando el documento de voluntades anticipadas que contiene las instrucciones haya sido previamente inscrito en algún Registro de voluntades anticipadas legalmente constituido.
96d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

97 A LOS EFECTOS DE LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>.

97a) Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento por razón de sexo.
97b) Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento contra una mujer.
97c) Se consideran actos violentos contra las mujeres las amenazas de realizar actos violentos por razón de sexo.
97d) Se consideran violencia contra las mujeres los actos violentos que supongan la privación arbitraria de libertad que se produzca en la vida privada.

98 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD 2013-2020, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA.

98a) Es un Plan de Gobierno limitado al ámbito sanitario.
98b) Marca las políticas de salud para Euskadi.
98c) Todos los departamentos del Gobierno están implicados en el desarrollo del Plan.
98d) Define las prioridades que durante su periodo de vigencia han de ser atendidas con recursos públicos.

99 EN RELACIÓN CON LOS RETOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

99a) En relación con la universalidad y equidad en el acceso a la salud, el objetivo de Osakidetza-Servicio vasco de salud es garantizar el acceso a la salud a todas las personas que tengan reconocido el derecho a recibir asistencia sanitaria.
99b) En relación con la humanización de la atención, el objetivo se centra prioritariamente en la atención hospitalaria.
99c) En relación con la atención en la lengua oficial de preferencia, el objetivo de Osakidetza-Servicio vasco de salud es conseguir que, para el año 2020, el 65% de las y los profesionales sanitarios atiendan indistintamente en los dos idiomas oficiales.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

100 EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL II PLAN DE NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA ES:

100a) Garantizar a la ciudadanía la opción de comunicarse en la lengua oficial en la que se encuentre más cómoda y segura.
100b) Garantizar que las Unidades de Atención Primaria, en razón de su mayor cercanía al conjunto de la ciudadanía, sean mayoritariamente bilingües.
100c) Garantizar la presencia y el uso del euskera como lengua de servicio oral y escrita en las relaciones externas con pacientes, familiares, administraciones, etc.
100d) Garantizar la presencia y el uso del euskera como lengua de servicio oral y escrita, tanto en las relaciones externas como en las relaciones internas.

PREGUNTAS RESERVA

101 ¿CUÁL ES EL TUMOR MALIGNO QUE MAS SE ASOCIA CON LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA?

101a) Linfoma.
101b) Neoplasia de pulmón.
101c) Tumor gastrointestinal.
101d) Neoplasia mama.

102 EL PRINCIPAL RIESGO DE LA PUNCIÓN RETRÓGRADA POPLÍTEA ES:

102a) Trombosis arterial.
102b) Embolización distal.
102c) Fístula arteriovenosa.
102d) Hemorragia en hueco poplíteo.

103 DE ACUERDO CON EL PRINCIPIO DE BERNOULLI, LA ENERGIA TOTAL DEL LÍQUIDO EN CUALQUIER PUNTO DEL SISTEMA VENOSO CONSISTE EN LA SUMA DE:

103a) La presión hidrostática, la energía potencial gravitatoria, la energía cinética y la resistencia venosa.
103b) La presión hidrostática, la energía potencial gravitatoria, la energía cinética y el volumen venoso.
103c) La presión hidrostática, la energía potencial gravitatoria, la energía cinética y la presión dinámica.
103d) La presión hidrostática, la energía potencial gravitatoria, la energía cinética y la presión transmural.

104 ACERCA DE LAS CAUSAS NO ATEROMATOSAS DE ISQUEMIA CRÓNICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA.

104a) La oclusión poplítea con flexión plantar activa puede verse con la ecografía dúplex en más del 50% de las personas sanas.
104b) Más de la mitad de los pacientes con claudicación y menores de 50 años tienen un síndrome de atrapamiento poplíteo y, a menudo, este es bilateral.
104c) La enfermedad quística adventicial afecta a varones de 30 a 50 años con un cociente 4:1 frente a las mujeres.
104d) La causa de la enfermedad quística adventicial continua siendo desconocida.

105 RESPECTO A LA RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DE LA ENFERMEDAD OCLUSIVA AORTOILÍACA, ES FALSO QUE:

105a) La anastomosis aórtica proximal puede realizarse terminoterminal o terminolateral, siendo los resultados a largo plazo todavía un tema controvertido, salvo las fistulas aortoentéricas que aparecen más frecuentemente con la configuración lateroterminal.
105b) En el caso de patología oclusiva localizada a nivel de ambas arterias iliacas externas, la configuración lateroterminal es recomendable.
105c) Al realizar la anastomosis distal a nivel femoral, la profundoplastia sistemática NO mejora el resultado hemodinámico ni la permeabilidad tardía del injerto.
105d) La anastomosis distal a nivel de la arteria iliaca externa ha demostrado una mayor tasa de fracaso del injerto, mientras que si se realiza a nivel femoral, la tasa de infección aumenta significativamente.

106 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA RESPECTO A LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL TRAS UNA AMPUTACIÓN MAYOR DE LA EXTREMIDAD INFERIOR.

106a) El principal factor predictivo significativo de evolución funcional es el nivel de amputación.
106b) El éxito de la deambulación en amputación supracondílea es alrededor de un tercio del alcanzado en amputación infracondílea.
106c) El 50-60% de los pacientes amputados por causa vascular son candidatos potenciales a rehabilitación con prótesis.
106d) Los factores que condicionan el retorno al trabajo tras una amputación son: movilidad, tiempo transcurrido y puntuación en la escala de discapacidad.

107 EN RELACIÓN A LAS COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA ABIERTA DE LA ENFERMEDAD OCLUSIVA DEL SECTOR AORTOILÍACO, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

107a) La hemorragia postoperatoria temprana es una complicación inusual (1-2%) según las series.
107b) La trombosis aguda de un injerto aortofemoral en el periodo postoperatorio inmediato aparece en el 1-3% de los pacientes.
107c) La tasa de insuficiencia renal aguda tras una cirugía aórtica programada se sitúa en tono al 1-8%, siendo el vasoespasmo cortical secundario al clampaje de la aorta una de las causas descritas que contribuyen a reducir el filtrado glomerular.
107d) La isquemia intestinal se ha descrito en torno al 2% de los casos y aparece más frecuentemente tras la reparación por patología aórtica oclusiva que en casos de patología aneurismática.

108 LA EXISTENCIA DE UNA ÚLCERA CON OSTEOMIELITIS EN LA ESCALA DE WAGNER, EQUIVALE A:

108a) Grado 0.
108b) Grado 1.
108c) Grado 2.
108d) Grado 3.

109 EN CUANTO A LAS DERIVACIONES INFRAINGUINALES, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

109a) Los conductos autólogos y en especial la vena safena mayor ipsilateral ofrece los mejores resultados.
109b) Si la vena safena mayor NO está disponible, se puede utilizar la contralateral ya que numerosos artículos señalan que frecuentemente NO es necesaria más tarde.
109c) El PTFE en posición infrainguinal NO ha mostrado diferencias significativas en estudios clínicos aleatorizados frente al PTFE con anillos.
109d) La bota de Taylor combina los atributos del manguito de Miller y del parche St. Mary, mejorando la permeabilidad de los injertos de PTFE por debajo de la rodilla.

110 EN RELACIÓN CON EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

110a) Todas las mujeres embarazadas, atendidas en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, disponen de cartilla electrónica de la embarazada.
110b) Todas las mujeres embarazadas, atendidas en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, disponen de una cartilla de embarazada en formato papel.
110c) Únicamente las mujeres embarazadas con Tarjeta Individual Sanitaria emitida por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco disponen de cartilla electrónica de la embarazada.
110d) Las mujeres embarazadas atendidas en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud pueden optar entre la cartilla electrónica y la cartilla en soporte papel.

Lehenengo ariketaren erantzun zuzenak
Respuestas correctas del primer ejercicio

FAK. ESP. ANGIOLOGIA ETA HODIOETAKO KIRURG. MEDIKUA

A10211 FAC. ESP. MEDICO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A

Z. ERANTZUNA Nº	RESPUESTA	Z. ERANTZUNA Nº	RESPUESTA	Z. ERANTZUNA Nº	RESPUESTA	Z. ERANTZUNA Nº	RESPUESTA
1	D	37	D	73	A	**Reserva**	
2	A	38	C	74	C	109	D
3	C	39	D	75	D	110	B
4	A	40	A	76	D		
5	A	41	A	77	D		
6	B	42	A	78	B		
7	A	43	B	79	A		
8	C	44	C	80	D		
9	B	45	C	81	D		
10	A	46	A	82	A		
11	B	47	D	83	C		
12	B	48	D	84	B		
13	A	49	D	85	D		
14	D	50	A	86	D		
15	B	51	C	87	B		
16	A	52	B	88	B		
17	C	53	B	89	A		
18	B	54	C	90	D		
19	C	55	D	91	C		
20	A	56	C	92	A		
21	A	57	C	93	B		
22	A	58	A	94	B		
23	B	59	D	95	A		
24	C	60	D	96	A		
25	C	61	B	97	B		
26	C	62	A	98	A		
27	D	63	B	99	D		
28	A	64	B	100	D		
29	D	65	C	**Reserva**			
30	B	66	B	101	B		
31	D	67	B	102	C		
32	C	68	A	103	C		
33	C	69	A	104	C		
34	B	70	A	105	D		
35	A	71	D	106	A		
36	B	72	B	107	D		
				108	D		

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 171/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. ANGIOLOGIA ETA HODIETAKO KIRURGIA MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

Proba eguna: **2018ko maiatzaren26a**
Fecha prueba: **26 de mayo de 2018**

***2. ariketa** / 2º ejercicio*

CASO 1

Mujer de 34 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que refiere aparición espontánea de bultoma latero-cervical izquierdo, con crecimiento progresivo en los últimos meses, sin otra clínica acompañante.

En la exploración física se objetiva una masa pulsátil latero-cervical izquierda bajo el ángulo de la mandíbula, de aproximadamente 3cm. de diámetro, de consistencia elástica, no compresible y sin soplo, que se desplaza lateralmente. Así mismo, se identifica una masa pulsátil latero-cervical derecha de aproximadamente 1cm. de diámetro, con las mismas características que la descrita en el lado contralateral. El resto de la exploración vascular es normal.

Responda a los siguientes apartados:

1. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
3. DIAGNÓSTICO
4. TRATAMIENTO

CASO 2

Varón de 40 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés y preparador físico de profesión, que refiere cuadro de dolor y edema unilateral en miembro superior derecho (MSD), de 6 días de evolución. No asocia otra clínica acompañante.

En la exploración física se objetiva asimetría en MSD, con edema, empastamiento muscular global y circulación colateral en región delto-pectoral ipsilateral. El resto de la exploración física es normal.

Responda a los siguientes apartados:

1. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
3. DIAGNÓSTICO
4. TRATAMIENTO

CASO 3

Varón de 57 años, con antecedentes de extabaquismo, hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico, que refiere aparición espontánea de bultoma glúteo izquierdo, doloroso y con crecimiento progresivo en los últimos meses. No asocia otra clínica acompañante.

En la exploración física se objetiva una masa pulsátil glútea izquierda de aproximadamente 4cm. de diámetro sin soplos, y un pulso femoral débil, con poplíteo y pedio normales en miembro inferior izquierdo (MII). El resto de la exploración vascular es normal.

El paciente presenta un doppler con índice muslo-brazo de 0,5, e índice tobillo-brazo de 0,8. El estudio hemodinámico en la extremidad contralateral es normal.

Responda a los siguientes apartados:

1. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ADICIONALES
2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
3. DIAGNÓSTICO
4. TRATAMIENTO

CASO 4

Mujer de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulante oral, insuficiencia renal crónica leve e intervenida de hernia inguinal bilateral. Refiere cuadro brusco de dolor abdominal de 4 horas de evolución, asociado a vómitos alimenticios y un episodio de diarrea sin productos patológicos.

En la exploración física se objetiva un dolor abdominal difuso a la palpación superficial y profunda, con signos de irritación peritoneal y escasez de ruidos hidroaéreos. El resto de la exploración física es normal.

En la analítica se registra: Glucosa 143mg/dL, Creatinina 1,7mg/dL, Urea 85mg/dL, PCR 3,5mg/dL, CPK 220U/L, LDH 407U/L. Leucocitos 15,4x10^3/mm^3 (segmentados 85%), IP 70%, INR 1.5, TPTA 30,2sg. No se identifican alteraciones en la radiografía simple de abdomen.

Responda a los siguientes apartados:

1. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ADICIONALES
2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
3. DIAGNÓSTICO
4. TRATAMIENTO