



2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números **E1** e **E110**, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.

Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.

8. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advírtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto **NON** poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: www.sergas.es, logo de finalizados os tempos de exame.

Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

EXAME EN GALEGO

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

1. Cal é a causa máis frecuente de déficit neurolóxico despois dunha endarterectomía carotídea?

- A) Trombose da reparación.
- B) Hipoperfusión cerebral.
- C) Lesións en tándem no sistema carotídeo.
- D) Ningunha das anteriores.

2. Según as guías europeas (ESVS), ante un paciente con enfermidade arterial periférica establecida, con clasificación WIFI 3 e GLASS III, sinala a opción correcta:

- A) Debe revascularizarse mediante tratamento endovascular como primeira opción terapéutica.
- B) Debe realizarse unha revascularización mediante cirurxía aberta como primeira opción terapéutica.
- C) Debe plantexarse ao paciente a amputación da extremidade como primeira opción terapéutica.
- D) Ningunha é correcta.

3. No estudo con ecografía Doppler venosa das extremidades superiores e inferiores, cal das seguintes afirmacións é certa?:

- A) A existencia das fascias profunda e superficial nas extremidades, non ten ningún valor ao realizar unha ecografía Doppler venosa porque estas fascias non son ecoxénicas.
- B) Para o estudo das veas superficiais das extremidades, úsase unha sonda lineal de 3 a 3.5 MHz.
- C) A onda de fluxo nunha vea superficial normal é pulsátil.
- D) Cando se estudan con ecografía Doppler as veas superficiais das extremidades, é necesario presionar moi suavemente coa sonda para evitar unha oclusión venosa.

4. Dentro das consideracións xerais para a selección preoperatoria do nivel de amputación, NON se inclúen:

- A) A amputación debe eliminar todo o tecido necrótico, doloroso ou infectado.
- B) O toco de amputación debe permitir poder encaixarse cunha prótese funcional e de fácil aplicación.
- C) O fluxo sanguíneo ao nivel da amputación proposta debe ser suficiente para permitir a cicatrización primaria da pel.
- D) En pacientes novos débese realizar de forma primaria unha amputación distal para conservar a máxima lonxitude da extremidade sen ter en conta outros aspectos.

5. Que é certo con respecto á fístula de Brescia–Cimino–Appel?

- A) É un acceso autólogo.
- B) Describiuse por primeira vez en 1976.
- C) Foi considerada o patrón de referencia hai anos, pero nestes momentos está en desuso.
- D) É máis frecuente a infección neste acceso vascular que nunha fístula protésica.

6. Segundo a clasificación de De Bakey, unha disección de aorta que se orixina xusto distal á orixe da arteria subclavia esquerda afectando á aorta torácica e abdominal, denomínase:

- A) Disección tipo Ib.
- B) Disección tipo IIIb.
- C) Disección tipo IIa.
- D) Disección tipo IV.

7. Nun paciente cun aneurisma de aorta abdominal de 34 mm de diámetro máximo, sinale a resposta correcta:

- A) O seguimento recoméndase mediante anxiotomografía computarizada.
- B) O seguimento clínico é suficiente.
- C) O seguimento recoméndase mediante ecografía.
- D) Non precisa seguimento.

8. En canto á ecografía Doppler, no estudo da enfermidade venosa crónica das extremidades inferiores, é certo:

- A) É moi raro que apareza refluxo nas veas das extremidades inferiores na insuficiencia venosa crónica.
- B) O estudo con ecografía Doppler da insuficiencia venosa crónica das extremidades inferiores hai que facela co paciente en decúbito prono.
- C) As manobras utilizadas para inducir o refluxo durante o estudo da enfermidade venosa crónica ao realizar unha ecografía Doppler venosa son: a manobra de Valsalva, a compresión manual-relaxación e a manobra de Paraná.
- D) Non está recomendado facer unha ecografía Doppler venosa antes dunha cirurxía para tratar a insuficiencia venosa crónica.

9. Ante unha probabilidade clínica alta de trombose venosa profunda, a primeira proba diagnóstica indicada é:

- A) Flebografía.
- B) Tomografía computarizada venosa.
- C) Resonancia magnética venosa.
- D) Ecografía Doppler venosa.

10. Paciente home de 61 anos que acode ao servizo de urxencias con dor torácica aguda interescapular, na exploración física destaca hipertensión e unha ausencia de pulsos arteriais en membro inferior esquerdo sen antecedentes de claudicación intermitente, que proba se considera de elección para o seu diagnóstico?

- A) Anxio-resonancia magnética.
- B) Arteriografía aorta e membros inferiores.
- C) Electrocardiograma e Ecocardiograma.
- D) Anxio-tomografía computarizada.

11. Respecto á endarterectomía carotídea para o ictus agudo, cal das seguintes afirmacións é correcta?

- A) A intervención cirúrxica durante a fase aguda dun ictus conleva un risco elevado, polo que a cirurxía nunca está indicada.
- B) Se a tomografía computarizada realizada nas primeiras doce horas posteriores ao evento é negativa, pódese realizar a endarterectomía con seguridade.
- C) O nivel de consciencia, a hipertensión e a gravidade do déficit non deberían influír na decisión do momento no que se realiza a intervención cirúrxica.
- D) Se o paciente mostra unha recuperación continua sen deterioración, a endarterectomía pódese realizar con seguridade unha vez alcanzada unha situación estable.

12. En canto ao tratamento da trombose venosa profunda é certo:

- A) A medida postural que hai que aplicar a un paciente con trombose venosa profunda é repouso absoluto en posición anti-Trendelenburg durante cinco días seguidos.
- B) Unha trombose venosa profunda da vea ilíaca non é indicación de comezo de anticoagulación se non están normalizados os dímero D.
- C) En pacientes con trombose venosa profunda das veas do papo da perna, está indicado desde o primeiro momento poñer un filtro de cava.
- D) Os dous obxectivos do tratamento da trombose venosa profunda son redución inmediata da morbi-mortalidade a curto prazo e redución da morbilidade tardía.

13. Tras a reparación dun aneurisma de aorta abdominal cunha prótese bifurcada, existe o risco de infección protésica. Con respecto á mesma, sinala a FALSA:

- A) Infeccións temperás (menos de 3 meses) asócianse máis frecuentemente a febre e feridas inguinais infectadas.
- B) Infeccións tardías (máis de 3 meses) asócianse a signos locais como fístulas ou formación de pseudoaneurismas.
- C) O xerme máis frecuentemente identificado nas infeccións tardías é o Estafilococo.
- D) O tratamento é exclusivamente médico mediante antibioterapia estendida.

14. Paciente muller de 83 anos que acode ao servizo de urxencias con dor abdominal intensa aguda, destaca no electrocardiograma realizado en urxencias a presenza dunha fibrilación auricular non coñecida. Das seguintes opcións, cal é FALSA?

- A) Débese sospeitar unha embolia arterial a nivel das arterias mesentéricas.
- B) O dímero D na analítica sanguínea ten un papel relevante no diagnóstico desta paciente.
- C) Pódese descartar isquemia intestinal con cifras de ácido láctico normal.
- D) A tomografía computarizada con contraste é a proba de elección no diagnóstico.

15. Ao estar a realizar unha ecografía Doppler arterial, despois de obter a curva Doppler, cal dos seguintes parámetros NON se usa para valorar o grao de estenose nesa arteria?

- A) Velocidade pico sistólica.
- B) Velocidade ao final da diástole.
- C) Velocidade ao comezo da diástole.
- D) Cociente entre a velocidade no punto de máxima aceleración e a velocidade nun segmento proximal adxacente san.

16. Entre as seguintes cal NON é causa de claudicación intermitente arterial:

- A) Tromboanxeíte obliterante.
- B) Atrapamento popliteo.
- C) Quiste popliteo adventicial.
- D) Trombose venosa profunda.

17. A clasificación GLASS (Global Limb Anatomic Staging System) presenta tres grados (I, II e III) que se correlacionan coa complexidade técnica da revascularización, sinale, das seguintes opcións, cal é a correcta:

- A) Grado I: correspóndese cunha estimación de fallo técnico maior do 50%.
- B) Grado II: correspóndese cunha estimación de fallo técnico maior do 55%.
- C) Grado III: correspóndese cunha estimación de fallo técnico maior do 20%.
- D) Grado II: correspóndese cunha estimación de fallo técnico menor do 10%.

18. No rexistro RENDEZVOUS de Xapón é certo:

- A) Compara dous grupos de pacientes: un composto por pacientes claudicantes e outro con pacientes con isquemia irreversible.
- B) Na análise multivariada un resultado é que a hemodiálise é un factor predictor de retraso na curación das feridas.
- C) Conclúe que a taxa de cicatrización da ferida non foi significativamente maior nos pacientes aos que se lles implantou un stent na arteria pedia.
- D) Todas son certas.

19. Paciente con antecedente de plastia femoral esquerda que acode a urxencias con gran hematoma en íngoa esquerda sen gran afectación hemodinámica, presentando datos suxestivos de infección protésica. A opción terapéutica para salvamento da extremidade é:

- A) Abordaxe cirúrxico directo da íngoa e substituír o parche actual por un novo parche de material protésico.
- B) Control da arteria ilíaca mediante unha abordaxe retroperitoneal, control da femoral superficial e profunda e abordaxe da íngoa para exérese do material protésico e ligadura da arteria nativa.
- C) Tratamento conservador con antibioterapia.
- D) Proceder a realizar unha derivación tunelizada a través do burato obturador dende a arteria ilíaca á arteria distal á zona infectada, abordaxe do trípode femoral para exérese de material protésico e sutura da arteria nativa.

20. Sinale a resposta correcta respecto ao diagnóstico da isquemia aguda:

- A) O diagnóstico é principalmente mediante a realización dun TC.
- B) O diagnóstico é principalmente clínico.
- C) O diagnóstico realízase principalmente mediante a medición do ITB (Índice Tobillo Brazo).
- D) Con moita frecuencia o diagnóstico é un achado casual en proba de imaxe.

21. Cal é a prevalencia da arteriopatía periférica de extremidades inferiores nas mulleres con respecto aos homes?

- A) 10% maior a dos homes.
- B) 20% maior a dos homes.
- C) 75% maior a dos homes.
- D) Similar á dos homes.

22. Respecto á anastomose proximal término-terminal dun enxerto aortobifemoral é certo:

- A) Algunhas series reportan mellores taxas de permeabilidade a longo prazo.
- B) Facilita unha tromboendarterectomía máis completa do muñón proximal da aorta.
- C) Existe moita evidencia científica de taxas máis baixas de infección tardía e de fístula aortoentérica.
- D) A e B son certas.

23. É unha recomendación das guías europeas (ESVS) con evidencia 1B que, en pacientes con enfermidade oclusiva aortoiliaca moderada a severa (GLASS IA), que non teñen antecedentes de intervencións previas e precisan revascularización, débese realizar, como primeira opción:

- A) Unha derivación extraanatómica por ser menos invasiva.
- B) Un tratamento endovascular como primeira opción.
- C) Un enxerto aortobifemoral.
- D) Ningunha das anteriores é correcta.

24. Nunha paciente que vai ser intervida por un cancro de tiroides, con antecedentes de tabaquismo importante e que, antes desta cirurxía, xa refería clínica de claudicación intermitente aos 50 metros, con ausencia de pulsos femorais á exploración, que medida profiláctica de tromboembolismo pulmonar NON está indicada?

- A) Fondaparinux a doses profilácticas.
- B) Elevar os membros inferiores e poñer medias de compresión.
- C) Enoxaparina a dose profiláctica.
- D) Deambulación precoz.

25. Cal das seguintes é unha contraindicación para a administración de cilostazol no tratamento da claudicación intermitente?

- A) Insuficiencia cardíaca conxestiva.
- B) Distancia percorrida menor de 20 metros.
- C) Tratamiento con inhibidores do CYP3A.
- D) Uso de betabloqueantes polo paciente.

26. Nun estudo con ecografía Doppler venosa do sistema venoso das extremidades é certo:

- A) O fluxo venoso normal nas veas profundas das extremidades inferiores é espontáneo.
- B) Nas extremidades inferiores o fluxo venoso aumenta durante a inspiración e diminúe durante a expiración.
- C) Na vea subclavia un fluxo fásico coa respiración e espontáneo é un signo indirecto de trombose venosa profunda aguda na devandita vea.
- D) Nunha vea normal a contracción activa ou pasiva da musculatura distal á zona estudada, diminúe a onda de fluxo nesa zona.

27. Que alternativa das seguintes sería unha indicación para a angioplastia e stent da arteria renal?

- A) Estenose bilateral da arteria renal con edema pulmonar repentino recente.
- B) Imposibilidade de controlar a presión arterial con catro medicamentos antihipertensivos.
- C) Dificultade para controlar a hipertensión nun paciente novo con displasia fibromuscular renal bilateral.
- D) Todas as anteriores son certas.

28. Na angioplastia carotídea con stent, é FALSO:

- A) A administración de atropina intravenosa recoméndase previo ao inflado do balón para previr hipotensión, bradicardia ou asistolia.
- B) Debe considerarse o acceso transradial ou transcarotídeo naqueles casos nos que o acceso femoral poida conlevar un alto risco de complicacións.
- C) Debe considerarse o uso de sistemas de protección cerebral nos pacientes que van ser sometidos a angioplastia carotídea con stent.
- D) Recoméndase a postdilatación dun stent carotídeo aínda que a estenose residual sexa menor do 30 % para reducir a inestabilidade hemodinámica.

29. Respecto ás lesións xustaanastomóticas focais proximais nunha derivación infraingoal, é certo:

- A) Poden tratarse mediante angioplastia con parche ou con inxertos de interposición cortos.
- B) Pode realizarse a traslocación da anastomose proximal á arteria femoral profunda.
- C) O tratamento debe ser sempre conservador con seguemento mediante ecodoppler.
- D) A e B son certas.

30. No que se refire á predilatación da lesión nas angioplastias carotídeas, é certo que:

- A) A calcificación moi severa da placa a tratar é unha contraindicación.
- B) A predilatación debe evitarse só se a lesión está moi ulcerada, polo risco de embolización distal.
- C) Non se debe colocar un stent sen realizar previamente unha boa predilatación da lesión.
- D) A diferenza da postdilatación, a predilatación non adoita causar embolización ou lesión vascular.

31. Unha paciente embarazada acode a urxencias con edema no papo da perna. Ao realizarlle unha analítica con dímeros D, estos dan valores moi elevados. Cal é o procedemento a seguir?

- A) Comezar inmediatamente a anticoagulación ante a sospeita dunha trombose venosa profunda.
- B) Facer unha tomografía computarizada venosa.
- C) Facer unha ecografía Doppler venosa.
- D) Facer unha flebografía.

32. Ante unha disección de aorta aguda tipo B de Stanford, en cal dos seguintes criterios deberíase considerar tratamento cirúrxico nesta fase?

- A) Hipertensión en pacientes intolerantes aos beta-bloqueantes.
- B) Portas de entrada múltiples na disección.
- C) Hematoma periaórtico.
- D) Non existe indicación para tratamento cirúrxico nesta fase.

33. A unha muller de 62 anos que acode por primeira vez á consulta externa de Angioloxía e Cirurxía Vascular referindo dor ao camiñar a nivel da cadeira, coxa e nádega en ambas extremidades inferiores, o primeiro que hai que facerlle a esa paciente é:

- A) Unha arteriografía ante a sospeita dunha síndrome de Leriche.
- B) Unha ecografía Doppler cor arterial dado que é unha proba incruenta.
- C) Unha ecografía Doppler cor venosa para descartar unha trombose da vea cava.
- D) Unha anamnese correcta e unha exploración física regrada.

34. Respecto á profundoplastia illada, é certo:

- A) A morbilidade máis común é a relacionada con linforreas.
- B) As condicións óptimas para unha plastia profunda illada son un fluxo de entrada amplamente permeable e unha boa drenaxe profundo distal máis alá da lesión.
- C) A morbilidade e mortalidade son baixas.
- D) Todas son certas.

35. Nos pacientes con isquemia crónica da extremidade inferior, é certo que:

- A) As presións segmentarias e os gradientes de presión son indicadores suficientes da permeabilidade e a oclusión das arterias.
- B) Na maioría dos pacientes, o estudo de laboratorio inicial de medida da presión arterial segmentaria, co cálculo do índice de Yao, é capaz de identificar a presenza dunha enfermidade arterial oclusiva e de localizar o segmento afectado.
- C) Hai moi poucos réximes para realizar unha proba de exercicio no laboratorio vascular.
- D) A información proporcionada polas probas de exercicio ten o problema da non reproducibilidade do método para seguir aos pacientes.

36. En relación á anatomía de arteria axilar, é INCORRECTO:

- A) O bordo lateral da primeira costela é a referencia anatómica que sinala a transición entre a arteria subclavia e a axilar.
- B) A arteria axilar vai acompañada de troncos venosos e cordóns do plexo braquial.
- C) A primeira porción da arteria axilar é a de máis fácil acceso porque se sitúa medial ao músculo pectoral e só orixina unha rama.
- D) A vea axilar discorre posteromedial á arteria, e por tanto pódese atopar anterior á arteria axilar.

37. Nas isquemias agudas do membro inferior, por oclusión de arteria nativa, é certo que:

- A) Debemos realizar sempre unha arteriografía diagnóstica por acceso contralateral.
- B) Debemos descartar sempre a existencia dun aneurisma poplíteo.
- C) O tratamento é conservador sempre.
- D) Non se asocia cun incremento significativo da morbimortalidade do paciente.

38. Cal das seguintes complicacións que poden aparecer tras o tratamento endovascular dun aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con extensión da enfermidade a ambas arterias ilíacas comúns é máis frecuente?

- A) Infección da endoprótese.
- B) Claudicación glútea.
- C) Isquemia medular.
- D) Isquemia duodenal.

39. Que é característico do edema nas extremidades inferiores de etioloxía linfática?

- A) O signo de Stemmer nos dedos dos pés.
- B) No estadio III, o edema desaparece por completo ao elevar as extremidades inferiores en posición Trendelenburg.
- C) Non afecta a territorios distais como nocellos ou dedos dos pés.
- D) No estadio I, é moi doloroso.

40. A causa máis frecuente de trombose dun acceso arteriovenoso protésico para hemodiálise é:

- A) Os pseudoaneurismas.
- B) Estenose na anastomose venosa.
- C) A compresión excesiva do acceso vascular para a hemostasia nas zonas de punción despois das sesións de hemodiálise.
- D) A hipotensión que sofren estes pacientes durante as sesións de hemodiálise.

41. Na técnica de realización do enxerto cruzado fémoro-femoral é certo:

- A) En pacientes con abdome protuberante débese realizar unha tunelización cun radio do menor tamaño posible para evitar o kinking ántero-posterior do enxerto, quedando éste tunelizado o máis preto da pube posible.
- B) Non é necesaria a heparinización sistémica intraoperatoria porque é un procedemento moi rápido.
- C) Non existe diferenza significativa entre os distintos enxertos protésicos para este procedemento.
- D) Non se recomenda facer as anastomoses en ambas arterias femorais (donante e receptora) ao mesmo tempo para evitar defectos técnicos.

42. Respecto ás principais complicacións postoperatorias temperás do enxerto infraingual, descritas nos resultados do ensaio PREVENT III, é certo que:

- A) Descríbese maior incidencia na complicación morte do paciente que na de hemorraxia do enxerto.
- B) Infarto de miocardio en máis do 4% dos pacientes.
- C) As complicacións de maior incidencia descritas son a oclusión do enxerto e as complicacións da ferida.
- D) Todas son certas.

43. En canto ás técnicas de realización dun enxerto aortobifemoral, indique a afirmación correcta:

- A) A aplicación de técnicas laparoscópicas asistidas mediante robot demostran unha morbimortalidade inferior ao abordaxe mediante laparotomía media.
- B) A abordaxe retroperitoneal esquerda aporta beneficios para o paciente.
- C) Existen actualmente numerosos grupos de traballo entusiastas coa abordaxe mínimamente invasiva mediante laparotomía media menor de 10 cm.
- D) A abordaxe mediante cirurxía robótica é a primeira elección.

44. Para levar a cabo o test de Allen:

- A) Comprímese ao mesmo tempo arteria radial e cubital.
- B) Basta con comprimir a arteria radial.
- C) Basta con comprimir a arteria cubital.
- D) Hai que colocar un manguito de presión no brazo durante 60–80 segundos.

45. Nas diseccións de aorta tipo B de Stanford, a permeabilidade das arterias viscerais:

- A) Valórase unicamente mediante ultrasóns intravasculares durante o tratamento.
- B) Os datos analíticos e clínicos non teñen relevancia no diagnóstico da correcta permeabilidade das arterias viscerais.
- C) A permeabilidade da arteria visceral na anxiotomografía computarizada non garante a correcta permeabilidade da arteria e polo tanto a correcta perfusión do órgano.
- D) A malperfusión estática non adoita afectar á orixe da arteria.

46. Cal dos seguintes NON se considera unha contraindicación para a selaxe infrarrenal no tratamento endovascular dun aneurisma de aorta abdominal infrarrenal?

- A) Diámetro aórtico a nivel da selaxe infrarrenal de 12 mm.
- B) Lonxitude de selaxe infrarrenal de 3 mm.
- C) Presenza de trombo maior de 2 mm de espesor no 90% da circunferencia aórtica na zona de selaxe infrarrenal.
- D) Angulación infrarrenal do aneurisma: ángulo beta de 60°.

47. En canto á localización das oclusións embólicas, é certo que:

- A) A incidencia é maior a nivel das arterias viscerais.
- B) A incidencia é maior a nivel aortoiliaco.
- C) A incidencia é maior a nivel femoral.
- D) A incidencia é maior a nivel poplíteo.

48. Nos mecanismos patoxénicos dos accidentes isquémicos transitorios e do infarto cerebral, é certo que:

- A) A trombose da arteria carótida interna por unha expansión da placa aterosclerótica, pode cursar de forma asintomática se a circulación colateral é suficiente a través do polígono de Willis.
- B) As diminucións transitorias do fluxo sanguíneo hemisférico ou o desenvolvemento dun estado crónico de baixo fluxo poden causar síntomas inespecíficos como mareo, presíncope ou deterioración intelectual.
- C) As causas máis frecuentes de eventos isquémicos cerebrais son os fenómenos embólicos, sobre todo de orixe arterial e secundariamente de orixe cardíaca.
- D) Todas as respostas anteriores son certas.

49. Sinale o enunciado correcto sobre a revascularización extraanatómica mediante enxerto cruzado fémoro-femoral:

- A) A permeabilidade a 5 anos é menor do 30%.
- B) A mortalidade operatoria é menor do 5%.
- C) Ao ser unha tunelización subcutánea non existe risco de lesión visceral.
- D) O primeiro enxerto cruzado fémoro-femoral realizouse con vea safena autóloga.

50. Na revascularización extraanatómica cun enxerto axilofemoral ou axilobifemoral é certo:

- A) É a técnica de elección en patoloxía oclusiva ilíaca con abdome hostil.
- B) Existen descritas complicacións tromboembólicas nas arterias nativas despois da trombose do enxerto axilofemoral.
- C) Debe utilizarse sempre o enxerto de 8 mm de diámetro.
- D) A permeabilidade aos 5 anos sitúase entre o 20% e o 30%.

51. Segundo a clasificación de Stanford, unha disección de aorta que se orixina xusto distal á orixe da arteria subclavia esquerda denomínase:

- A) Disección tipo A.
- B) Disección tipo IIIa.
- C) Disección tipo B.
- D) Disección non A non B.

52. No tratamento cirúrxico dos aneurismas tóraco–abdominais a isquemia medular é unha complicación importante, cal dos seguintes NON se considera un factor de risco de isquemia medular?

- A) Bypass aorto–bifemoral previo.
- B) Oclusión da arteria subclavia esquerda.
- C) Cobertura maior de 220 mm de aorta.
- D) Bypass carótido–subclavio previo.

53. No diagnóstico de pacientes cun evento isquémico cerebral, débese ter en conta:

- A) A tomografía computarizada pode identificar un infarto cerebral isquémico agudo antes que a resonancia magnética.
- B) A angiografía de troncos supraaórticos é imprescindible para o diagnóstico de sospeita de enfermidade cerebrovascular.
- C) As lesións ocupantes de espazo intracraniais non entran no diagnóstico diferencial dos pacientes con síntomas de isquemia cerebral transitoria.
- D) As probas preoperatorias non invasivas actuais teñen calidade diagnóstica e correlacionanse coa presentación clínica do paciente.

54. Segundo as recomendacións das guías europeas (ESVS), un paciente con enfermidade arterial periférica con clasificación WIFI I e GLASS III, sinala a resposta correcta:

- A) Debe revascularizarse mediante cirurxía aberta.
- B) Debe revascularizarse mediante tratamento endovascular.
- C) Non debe realizarse ningún procedemento revascularizador.
- D) Debe intentarse a revascularización endovascular e, se esta non é posible técnicamente, deberá avaliarse realizar unha revascularización mediante cirurxía aberta.

55. Cal das seguintes afirmacións sobre os filtros de cava é correcta?

- A) O filtro ten que ser dun material ferromagnético.
- B) A finalidade do filtro é tratar a trombose venosa profunda.
- C) Unha indicación absoluta para a colocación dun filtro de cava é embolismo pulmonar recorrente, a pesar de anticoagulación adecuada.
- D) O filtro de Greenfield é un filtro en niño de paxaro que pode ser de ferro ou de cobre.

56. En canto aos dímero D é certo que:

- A) Son produto da degradación da fibrina.
- B) É unha proba moi pouco sensible no diagnóstico de trombose venosa profunda aguda en pacientes con baixa probabilidade de ter esta entidade.
- C) É unha proba moi específica no diagnóstico de trombose venosa profunda aguda en pacientes con baixa probabilidade de ter esta entidade.
- D) Nun paciente ingresado, con edema en toda a extremidade inferior dereita, con probabilidade alta de trombose venosa profunda, o achado negativo dos dímero D descarta a existencia dunha trombose venosa profunda aguda.

57. Algunhas das complicacións tardías dos enxertos aortobifemorais realizados por enfermidade oclusiva crónica son:

- A) Trombose de rama.
- B) Pseudoaneurismas anastomóticos.
- C) Fístula aortoentérica.
- D) Todas as respostas son correctas.

58. Nos aneurismas de aorta abdominal infrarrenal é frecuente a afectación sincrónica aneurismática noutros territorios, sinala a FALSA:

- A) Entre un 5–15% esténdese a afectación aneurismática a aorta yuxta ou suprarrenal.
- B) Aneurisma de arteria poplítea nun 14%.
- C) Aneurismas de aorta torácica en aproximadamente 12%.
- D) Aneurismas de arteria mesénterica superior nun 19%.

59. Con respecto á escala de Wells é certo:

- A) Esta escala valora o risco de presentar unha trombose venosa profunda dependendo do método de transporte utilizado.
- B) Clasifica aos pacientes sintomáticos en risco alto, intermedio e baixo de presentar unha trombose venosa profunda.
- C) Foi abandonada no ano 2006.
- D) Clasifica aos pacientes en risco inexistente ou alto de presentar unha trombose venosa profunda.

60. A un paciente que acode a urxencias por edema unilateral na extremidade inferior dereita desde o pé ata raíz da coxa, realízaselle unha ecografía Doppler venosa e a nivel da vea femoral común dereita obxectívase coaptación completa das paredes desta vea; cor dentro da súa luz e no Doppler espectral fluxo continuo con baixa velocidade e con perda da fascicidade. Isto indica:

- A) Normalidade da ecografía Doppler venosa realizada.
- B) Obstrución na vea máis proximal á zona que se estudou (vea femoral dereita).
- C) Fístula arteriovenosa máis proximal.
- D) Trombose da vea femoral común dereita.

61. Cal das seguintes relacións anatómicas é INCORRECTA?

- A) A arteria tibial anterior discorre no ápex profundo do compartimento anterior da perna, sobre a membrana interósea.
- B) O ligamento inguinal marca o límite entre a arteria ilíaca externa e a arteria femoral común.
- C) A arteria tibial posterior discorre no compartimento superficial por detrás da tibia, xunto ao nervio tibial e unha gran cantidade de afluentes venosos.
- D) A arteria peronea discorre no compartimento profundo da perna, ao longo do aspecto medial do peroné e da membrana interósea.

62. Ante un paciente home de 50 anos con diagnóstico de Síndrome de Marfan sen outros factores de risco de interese que presenta un aneurisma de aorta tóraco–abdominal cun diámetro máximo de 64 mm xusto por encima do tronco celíaco, cal é a mellor actitude a seguir?

- A) Tratamento médico con anticoagulación e estatinas.
- B) Tratamento reparador cirúrxico aberto.
- C) Seguimento con tomografía computarizada aos 12 meses.
- D) Tratamento reparador cirúrxico endovascular.

63. Con respecto ás causas da enfermidade cerebrovascular extracraneal, sinala a falsa:

- A) A entidade patolóxica principal da enfermidade é a aterosclerose.
- B) A radioterapia cervical externa é unha causa coñecida de cambios ateroscleróticos acelerados na circulación extracraneal.
- C) A disección aguda da arteria carótida non ocasiona habitualmente eventos neurolóxicos.
- D) Os aneurismas da arteria carótida poden causar síntomas neurolóxicos por varios mecanismos, sobre todo a embolización.

64. Todas as seguintes relacións vasculares son correctas, EXCEPTO:

- A) A aorta entra no abdome por detrás do diafragma, á altura do bordo inferior de T12.
- B) A arteria mesentérica superior nace da superficie anterior da aorta, a 3–4 centímetros aproximadamente por enriba da bifurcación ilíaca.
- C) O tronco celíaco está delimitado polo ligamento arcuato mediano por arriba e polo bordo superior do páncreas por abaixo.
- D) O segmento visceral da aorta abdominal esténdese desde o tronco celíaco ás arterias renais, e inclúe a orixe da arteria mesentérica superior.

65. Que tríada das seguintes é a correcta para identificar e diferenciar a carótida interna da externa?

- A) Carótida interna.– Menor fluxo diastólico.– Visualización de ramas.
- B) Carótida externa.– Curva de fluxo de baixa resistencia.– Manobra da percusión da arteria temporal negativa.
- C) Carótida interna.– Curva de fluxo de baixa resistencia.– Non visualización de ramas.
- D) Carótida externa.– Non visualización de ramas.– Maior fluxo diastólico.

66. Nos pacientes con aterosclerose periférica que acoden para a avaliación e tratamento da isquemia crónica de membros inferiores, debe exporse o seguinte EXCEPTO:

- A) Como a aterosclerose é un proceso sistémico, existe un solapamento considerable entre a enfermidade arterial periférica e outras formas de patoloxía cardiovascular.
- B) Tanto o consumo de tabaco como a diabetes mellitus gardan relación cunha deterioración no factor predictivo máis sólido dun resultado adverso.
- C) A mortalidade aos 5 anos da media de pacientes con claudicación intermitente de extremidades inferiores é do 30 %, e a maioría débese a unha patoloxía cardiovascular.
- D) A supervivencia garda unha relación directa co grao de isquemia crónica da extremidade inferior determinada obxectivamente no momento da presentación.

67. Das indicacións para a amputación da extremidade inferior que se describen a continuación, cal é a etiología máis frecuente?

- A) Infección non diabética con isquemia da extremidade.
- B) Complicacións da diabete mellitus.
- C) Osteomielite crónica.
- D) Traumatismos.

68. Cal das seguintes afirmacións é certa no caso dun acceso vascular para hemodiálise que presenta "síndrome de roubo" (síndrome de hipoperfusión distal, steal síndrome)?

- A) No caso dunha síndrome de roubo grao 1, onde a extremidade está fría e con poucos síntomas, se ao ocluir o acceso demóstrase un aumento de fluxo na extremidade, está indicado o peche con urxencia do devandito acceso.
- B) A técnica DRIL (en inglés RDLI) consiste en ligar de forma incompleta a arteria radial distal á anastomose.
- C) O obxectivo do tratamento da síndrome de roubo é dobre: resolución dos síntomas e preservación do acceso.
- D) Nun acceso arteriovenoso con síndrome de roubo, o fluxo na arteria distal á anastomose é anterógrado, non está invertido.

69. Cal dos seguintes enunciados respecto á ecografía Doppler cor é certo?

- A) A ecografía Doppler cor proporciona información tanto anatómica como hemodinámica.
- B) A imaxe en escala de grises do modo B que pode proporcionar unha ecografía Doppler cor, é a mellor forma de avaliar unha estenose arterial.
- C) A cor, da ecografía doppler cor, ofrece información cuantitativa e non cualitativa do vaso estudado.
- D) En modo Doppler pulsado, o ángulo Doppler debe ser maior ou igual a 80°.

70. Como se debe plantexar o tratamento endovascular dunha paciente muller de 73 anos que presenta un aneurisma de aorta infrarrenal con extensión e afectación aneurismática de ambas arterias ilíacas comúns?

- A) Selaxe en arterias ilíacas externas bilateralmente sen asociar outro procedemento.
- B) Selaxe en arterias ilíacas externas bilateralmente asociando un procedemento para ocluir as dúas arterias hipogástricas no mesmo procedemento e previr fugas.
- C) Está contraindicado o tratamento endovascular nesta paciente.
- D) Selaxe en arterias ilíacas externas mantendo permeable polo menos unha arteria hipogástrica mediante dispositivos con rama se anatómicamente é posible.

71. Atendendo ao tratamento antiagregante plaquetario nas derivacións infraingoales, podemos afirmar que:

- A) O tratamento con clopidogrel non ofrece unha significativa melloría da permeabilidade temperá das derivacións respecto ao ácido acetil salicílico.
- B) No estudo BOA (Dutch Bypass Oral Anticoagulants or Aspirin), a análise de subgrupos suxire que o ácido acetil salicílico mellora a permeabilidade das derivacións protésicas e a anticoagulación mellora a permeabilidade das derivacións venosas.
- C) A dobre antiagregación plaquetaria, con ácido acetil salicílico e clopidogrel, non presenta maior risco de complicacións.
- D) O ácido acetil salicílico ten efectos protectores cardíacos e cerebrais pero non pode mellorar a permeabilidade temperá da derivación.

72. A nivel da aorta seguindo a clasificación de zonas de Ishimaru, a zona 3 correspóndese a:

- A) Segmento de aorta de 3 cms proximal ao tronco braquio-cefálico.
- B) Segmento de aorta que se estende desde distal á orixe do tronco braquio-cefálico ata a orixe da carótida común esquerda.
- C) Segmento de aorta que se estende distal á orixe da arteria carótida común esquerda ata a orixe da arteria subclavia.
- D) Segmento de aorta de 2 cms distal á orixe da arteria subclavia esquerda.

73. Paciente home de 50 anos con dor aguda de 2 horas de evolución, hipertensión arterial e con diagnóstico de disección tipo B de Stanford, cal é o tratamento de elección?

- A) Tratamento cirúrxico urxente mediante cirurxía endovascular selando a porta de entrada da disección.
- B) Tratamento cirúrxico urxente mediante cirurxía aberta con reparación da zona lesionada.
- C) Tratamento médico con antagonistas das canles do calcio e manexo da dor evitando opioides.
- D) Tratamento médico na unidade de coidados intensivos con beta-bloqueantes e manexo da dor.

74. As seguintes clasificacións poden ser usadas na patoloxía arterial crónica de membros inferiores, sinale a relación na que hai elementos que NON se corresponden cunha clasificación dende o punto de vista vascular:

- A) TASCII, Rutherford, Fontaine.
- B) WIFI, PEDIS, SAD System.
- C) IDSA, TNM, SHORT.
- D) University of Texas, Saint Elian.

75. Segundo as guías europeas (ESVS), ante un paciente con enfermidade arterial periférica establecida, clasificación WIFI 2 e GLASS II, a primeira opción terapéutica é:

- A) Tratamento médico conservador e analxésico.
- B) Revascularización mediante técnicas endovasculares.
- C) Revascularización mediante cirurxía aberta.
- D) Amputación maior da extremidade.

76. Unha das enfermidades do tecido conectivo que se asocia cos aneurismas de aorta é a Síndrome de Marfan, con patrón de herdanza autosómica dominante, cal é o xene asociado nesta enfermidade?:

- A) MTHFR.
- B) FBN 1.
- C) TGFBR 2.
- D) Non existe un xene identificado.

77. Con respecto á profundoplastia illada é certo que:

- A) A permeabilidade da arteria poplítea axuda a predecir o éxito técnico.
- B) O éxito técnico está relacionado coa selección do paciente ou coa indicación da intervención.
- C) O éxito clínico é maior cando a indicación cirúrxica é unha claudicación incapacitante que cando é unha isquemia crítica.
- D) B e C son certas.

78. Muller de 70 anos de idade con antecedentes de diabete e dislipemia que presenta un aneurisma de aorta infrarrenal de 5,4 cm que no seguimento presenta un crecemento de 12 mm en 6 meses. Que actitude terapéutica sería a adecuada?

- A) Realizar seguimento con anxiotomografía computarizada en 12 meses.
- B) Tratamento cirúrxico do aneurisma.
- C) Optimizar tratamento médico e realizar seguimento con ecografía cada 3 meses ata que o diámetro do aneurisma maior de 5,5 cm.
- D) Continuar seguimento con ecografía ata que o aneurisma sexa maior de 6 cms.

79. Respecto ao uso do cuff veoso distal en derivacións protésicas, é certo:

- A) En derivacións infraxeniculares protésicas, a adición dun manguito veoso confire unha vantaxe significativa en canto á permeabilidade do enxerto.
- B) O manguito veoso distal nunha derivación protésica infraxenicular, mellora a permeabilidade pero non incrementa significativamente o salvamento da extremidade.
- C) O cuff de Miller presenta unha significativa melloría da permeabilidade comparado co parche de Taylor.
- D) A e B son certas.

80. Dentro das novas recomendacións con Clase I da Sociedade Europea de Cirurxía Vascular para o tratamento da enfermidade aterosclerótica carotídea e vertebral, inclúense todas as seguintes EXCEPTO:

- A) Para pacientes con estenose carotídea sintomática que presentan síntomas recentes, que non se consideran aptos para tratamento con endarterectomía carotídea ou stent carotídeo, que son alérxicos ou intolerantes ao ácido acetil salicílico ou clopidogrel, recoméndase monoterapia con dipiridamol ou ticagrelor.
- B) Para pacientes con síntomas recentes de eventos no territorio carotídeo e evidencia de trombos flotantes libres dentro da arteria carótida, recoméndase terapia anticoagulante.
- C) Nos pacientes que presentan un ictus perioperatorio, non se recomenda terapia anticoagulante.
- D) Nos pacientes que van ser sometidos a endarterectomía carotídea, recoméndase que a intervención sexa levada a cabo por cirurxiáns vasculares experimentados, mellor que por cirurxiáns doutras especialidades.

81. Cal das seguintes afirmacións sobre pacientes con amputación maior ou rehabilitación posterior á amputación é FALSA?

- A) O risco de perda da extremidade contralateral nos 5 anos seguintes a unha amputación maior da extremidade inferior é superior ao 25%.
- B) Se se usan técnicas de selección do nivel de amputación non invasivas, é esperable a cicatrización primaria en máis do 90% das amputacións infracondíleas.
- C) En todos os pacientes xeriátricos débese realizar unha amputación supracondílea, debido ao seu mal prognóstico para unha rehabilitación satisfactoria.
- D) Aproximadamente, un terzo dos pacientes sometidos a unha amputación da extremidade inferior morren nos 5 anos seguintes a dita amputación.

82. Cal dos seguintes é un anticoagulante oral de acción directa?

- A) Dalteparina.
- B) Warfarina.
- C) Acenocumarol.
- D) Dabigatrán.

83. Na valoración inicial dun paciente con sospeita clínica de enfermidade arterial periférica, sinala a afirmación INCORRECTA:

- A) Unha anamnese coidadosa pode axudar moito ao especialista vascular a identificar aos pacientes cunha enfermidade arterial oclusiva significativa.
- B) A hipertensión non aumenta o risco de presentar síntomas de claudicación intermitente de extremidades inferiores.
- C) Deben identificarse os factores de risco durante a anamnese, tanto os clásicos como a diabete e o consumo de tabaco, como outros menos coñecidos.
- D) Os pulsos arteriais deben ser explorados.

84. Paciente de 81 anos, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular anticoagulada, que acode a urxencias por dor en membro inferior dereito de 12 horas de evolución acompañado de frialdade e palidez sen impotencia funcional, á exploración presenta presenza de pulso femoral en membro inferior esquerdo con ausencia de pulso poplíteo e distais en dita extremidade, no membro inferior dereito ausencia de pulsos femoral, poplíteo e distais, sinala a correcta:

- A) O primeiro que debemos facer é unha tromboembolectomía transfemoral en membro inferior dereito.
- B) Debemos pautar analxesia e indicarlle repouso absoluto no seu domicilio.
- C) A sospeita clínica principal é o empeoramento clínico dun paciente crónico.
- D) Derivación urxente ao servizo de traumatoloxía.

85. Cal das seguintes afirmacións é certa respecto á morfoloxía do fluxo arterial que se obxectiva co estudo con Doppler pulsado nunha arteria?

- A) Unha arteria de baixa resistencia presenta unha curva de fluxo con ascenso e descenso agudos e rápidos durante a sístole e cun fluxo moi baixo ao longo de toda a diástole.
- B) Unha arteria de alta resistencia mostra unha curva de fluxo con ascenso e descenso agudos e rápidos en sístole e cunha inversión de fluxo na fase diastólica.
- C) Unha arteria de baixa resistencia presenta un fluxo continuo invertido.
- D) Unha arteria de alta resistencia presenta un ascenso e descenso lentos durante a sístole e un gran fluxo diastólico positivo.

86. Cal das seguintes características presentes nalgunhas endopróteses aórticas para o tratamento endovascular dos aneurismas de aorta abdominal infrarrenal prevén a migración distal da endoprótese?

- A) A fixación suprarrenal.
- B) A fixación activa mediante ganchos ou púas.
- C) A forza radial da endoprótese.
- D) Todas son correctas.

87. Con respecto aos síntomas de claudicación asociados a enfermidade arterial periférica, é correcto que:

- A) Adoitan manifestarse nos grupos musculares que están por debaixo da zona de estenose hemodinamicamente significativa ou oclusión.
- B) As lesións oclusivas da aorta abdominal infrarrenal ou das arterias íliacas non dan lugar a unha claudicación da nádega e da pantorrilla.
- C) Por debaixo do ligamento inguinal, a estenose ou oclusión da arteria femoral profunda é a lesión máis común asociada á claudicación intermitente.
- D) A oclusión illada da arteria femoral superficial sen enfermidade distal é a causa máis frecuente de formas máis avanzadas de isquemia.

88. Paciente home de 72 anos cun aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 5,8 cms de diámetro máximo que precisa intervención cirúrxica. Previo á intervención cirúrxica de reparación do mesmo, segundo as guías clínicas da Sociedade Europea de Cirurxía Vascul (ESVS), cal das seguintes opcións está máis indicada?:

- A) Tratamento con estatinas para reducir a morbilidade cardiovascular.
- B) Manter niveis de albumina menores de 2.8g/dl.
- C) Optimizar a súa capacidade funcional cardíaca, conseguindo cifras menores a 4 equivalentes metabólicos (MET).
- D) Evitar o tratamento con ácido acetil salicílico (AAS).

89. Paciente home de 78 anos con antecedente de tratamento endovascular mediante unha endoprótese aórtica bifurcada a nivel infrarrenal, no seguimento presenta unha endofuga tipo II por arterias lumbares na primeira tomografía do seguimento. Cando se plantexaría o tratamento da devandita fuga?

- A) As endofugas tipo II débense tratar sempre dentro dos primeiros 3 meses tras o tratamento.
- B) Se no seguimento existe un crecemento significativo do saco aneurismático.
- C) Se permanece permeable no seguimento independentemente do diámetro do saco aneurismático.
- D) É necesario o seu tratamento de maneira urxente unha vez diagnosticada.

90. Segundo as guías máis actuais da Sociedade Europea de Cirurxía Vascul para o manexo da aterosclerose carotídea e de arteria vertebral, recoméndase con nivel de evidencia IA:

- A) Para pacientes con estenose carotídea sintomática ou asintomática que padecen hipertensión, recoméndase tratamento antihipertensivo.
- B) Para pacientes con estenose carotídea asintomática sen indicación de tratamento cirúrxico (endarterectomía), recoméndanse doses menores de ácido acetil salicílico no canto de doses altas.
- C) Para pacientes cunha estenose carotídea maior do 50% asintomática, que son alérxicos ao ácido acetil salicílico, débese considerar o tratamento con acenocumarol.
- D) Aos pacientes con estenose carotídea sintomática recoméndase únicamente a promoción dunha dieta saudable, deixar de fumar (se son fumadores activos) e realizar actividade física.

91. Unha das características da imaxe por power Doppler é:

- A) Permite coñecer a dirección do fluxo.
- B) O sinal de fluxo é independente do ángulo Doppler.
- C) Non ten utilidade para valorar vasos de pequeno calibre.
- D) Non detecta fluxos lentos.

92. Na isquemia mesentérica crónica, sinale a FALSA:

- A) A dor postprandial aparece habitualmente ás 2 horas tras a inxesta.
- B) A perda de peso importante é moi frecuente.
- C) A aterosclerose é a causa máis frecuente.
- D) A tomografía computarizada con contraste endovenoso é a proba de elección no diagnóstico.

93. Que tipo de endofuga débese á insuficiente selaxe a nivel da ancoraxe distal dunha endoprótese aórtica?

- A) Endofuga tipo Ia.
- B) Endofuga tipo Ib.
- C) Endofuga tipo III.
- D) Endofuga tipo IV.

94. Un aneurisma de aorta que se inicia xusto distal á saída da arteria subclavia esquerda e que termina na aorta infrarrenal distal á arteria mesentérica inferior, a que tipo corresponde segundo a clasificación de Crawford?

- A) Tipo IV.
- B) Tipo III.
- C) Tipo II.
- D) Tipo V.

95. Ante un paciente de 29 anos, sen ningún factor de risco de aterosclerose nin antecedente traumático nin encamamento recente, que refire unicamente clínica de claudicación intermitente a nivel do papo da perna ou do pé, con pulsos pedios e tibiais posteriores palpables e sen edema nin cambios tróficos cutáneos, a primeira opción diagnóstica sería:

- A) Neurite periférica.
- B) Trombose venosa profunda ilíaca.
- C) Síndrome de compresión da arteria poplítea.
- D) Distrofia simpático reflexa.

96. O momento idóneo para a creación dun acceso vascular definitivo para hemodiálise é:

- A) Cando o filtrado glomerular sexa maior de 50 ml/min/1,73 m².
- B) Entre tres e seis semanas antes da data que se supón que vai comezar coa hemodiálise, se se vai realizar unha fístula arteriovenosa protésica.
- C) Se se vai realizar unha fístula arteriovenosa nativa, dúas semanas antes da data que se supón que vai comezar coa hemodiálise.
- D) Cando o paciente xa estea en hemodiálise e sexa portador dun catéter permanente.

97. No tratamento farmacolóxico da claudicación intermitente, sinala a correcta:

- A) A pentoxifilina é un fármaco hemorreolóxico que aumenta a viscosidade sanguínea e a agregación plaquetaria.
- B) O cilostazol é un potenciador da fosfodiesterasa con numerosos mecanismos de acción potenciais.
- C) En xeral os anticoagulantes non estarían indicados de entrada para o tratamento da claudicación intermitente.
- D) Os efectos adversos máis frecuentes do cilostazol consisten en cefaleas, hemorraxias e tromboses venosas.

98. Cal é a causa máis frecuente da isquemia intestinal aguda?

- A) Embolia arterial.
- B) Trombose arterial do tronco celíaco.
- C) Trombose venosa mesentérica.
- D) Isquemia mesentérica non oclusiva.

99. Detectada unha estenose focal nunha derivación infrapoplíteo, NON é certo que:

- A) As lesións focais que se desenvolven despois do sexto mes postoperatorio poden tratarse con anxioplastia con balón.
- B) A taxa de recurrencia da lesión tras anxioplastia simple é inferior á taxa de recurrencia trala reparación aberta.
- C) Nas lesións focais de derivacións con material venoso autólogo infraingoais debe evitarse o uso de stent.
- D) A selección do tratamento óptimo depende do momento de aparición da lesión, considerándose temperás aquelas que se detectan ata os 6 meses do postoperatorio.

100. Nas amputacións de dedos do pé, é FALSO:

- A) A presenza de celulite proximal á zona proposta de amputación do dedo representa unha contraindicación específica para dita amputación.
- B) Débese realizar a amputación a través da articulación metatarsofalánxica ou dunha articulación interfalánxica.
- C) Un coidadoso peche da pel bordo a bordo atraumático sen utilizar pinzas de presión maximiza as posibilidades de cicatrización primaria.
- D) A principal vantaxe da amputación da terceira deda é a falta de requisito de rehabilitación protésica.

Preguntas de reserva

1. Ao facer unha ecografía Doppler venosa dunha extremidade, todos os seguintes son signos directos ou indirectos de trombose venosa profunda aguda EXCEPTO:

- A) Visualización do trombo.
- B) Ausencia de ganglios na extremidade estudada.
- C) Ausencia de fluxo fásico durante a respiración.
- D) Incompresibilidade venosa.

2. En pacientes tratados mediante tratamento endovascular dun aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto, sinale a opción correcta con respecto á síndrome compartimental abdominal:

- A) Descártase mediante unha medición illada de presión intraabdominal menor de 40 mmHg ás 2 horas do tratamento cirúrxico.
- B) Pódese descartar se se asocia fallo renal.
- C) Non pode existir síndrome compartimental tras tratamento endovascular xa que non se accede á cavidade peritoneal.
- D) O tratamento consiste en manexo médico precisando dunha laparotomía descompresiva en moitos casos.

3. En canto á elección da sonda máis adecuada nos estudos con ecografía Doppler nun adulto é certo que:

- A) Nun paciente delgado a sonda máis adecuada para mapear a árbore arterial das extremidades inferiores a nivel da arteria femoral común, é a sonda convexa de 2 a 3 MHz.
- B) A sonda convexa entre 3 e 5 MHz é moi útil para o estudo da arteria poplíteo-suprapoplíteo en pacientes obesos.
- C) No estudo con ecografía Doppler da arteria carótida interna, o habitual é usar unha sonda lineal entre 10 e 20 MHz.
- D) No estudo con ecografía Doppler das arterias viscerais, a sonda máis adecuada é a lineal entre 10 e 15 MHz.

4. Respecto a angioplastia carotídea con stent, é correcto que:

- A) Segundo o ensaio CREST, a angioplastia con stent comparada coa endarterectomía carotídea presenta unha menor taxa de ictus e mortalidade.
- B) O ensaio SPACE comprobou que a angioplastia carotídea era superior á endarterectomía carotídea.
- C) O estudo EVA-3S interrompeuse de xeito prematuro porque había unha diferenza estatisticamente significativa a favor da endarterectomía carotídea sobre a angioplastia con stent.
- D) Non se realizou ningún ensaio que comparase a angioplastia con stent respecto á endarterectomía carotídea en pacientes con estenoses carotídeas asintomáticas.

5. Aos pacientes que presentan manifestacións da enfermidade arterial periférica a unha idade temperá, sen outros factores de risco habituais identificables, que debemos solicitar na analítica?

- A) Análise de proteína S/proteína C.
- B) Análise de anticorpos antitiroideos.
- C) Concentración de fibrinóxeno/plasminóxeno.
- D) Concentración plasmática de homocisteína.

6. Con respecto á anatomía da aorta abdominal infrarrenal e das arterias ilíacas, sinala a correcta:

- A) A aorta abdominal infrarrenal está lixeiramente á dereita da liña media e inmediatamente anterior aos corpos vertebrais L1 a L4.
- B) A terceira e a cuarta porción do duodeno están sobre a aorta e a bifurcación ilíaca.
- C) Pode existir unha vea renal esquerda retroaórtica.
- D) A arteria ilíaca común esquerda pasa anteriormente á vea ilíaca común esquerda.

7. Cal dos seguintes factores de risco é o que máis se asocia ao desenvolvemento dunha trombose venosa profunda aguda?

- A) Veas varicosas en pacientes maiores de 70 anos de idade.
- B) Trombose previa de vea superficial.
- C) Neoplasia maligna sen quimioterapia.
- D) Hospitalización con cirurxía recente.

8. Home de 63 anos de idade con antecedentes de hipertensión arterial e dislipemia que presenta un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal cun diámetro máximo de 5,6 cm. Que actitude terapéutica sería a adecuada?

- A) Tratamento cirúrxico do aneurisma.
- B) Realizar seguimento con ecografía cada 3 meses e optimizar tratamento médico.
- C) Unicamente pautar estatina a doses altas.
- D) Realizar seguimento en 3 meses con tomografía computarizada.

9. Respecto á fisiopatoloxía da isquemia aguda das extremidades, sinala a resposta correcta:

- A) Nunha porcentaxe menor do 70% a causa é unha embolia con orixe cardíaca.
- B) A proporción da causa embólica vese incrementada co descenso da cardiopatía reumática.
- C) A proporción da causa trombótica vese incrementada polo uso de enxertos de derivación.
- D) A localización menos frecuente das isquemias agudas de causa embólica é a bifurcación das arterias.

10. Cal das seguintes afirmacións é certa para poder diferenciar un trombo agudo dun crónico?

- A) No trombo agudo existe circulación colateral e no trombo crónico non.
- B) A superficie da vea no trombo agudo é irregular e no trombo crónico é lisa.
- C) O trombo agudo é heteroxéneo e o trombo crónico é homoxéneo.
- D) Normalmente o diámetro da vea no trombo agudo está aumentado e no trombo crónico diminuído.