

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 eliminatório 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 sinala 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, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folia 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. Na isquemia aguda grao IIb, os achados que atopamos na exploración son:

- A) Non afectación de sensibilidade nin motilidade e sinal doppler arterial e venosa audible.
- B) Afectación de sensibilidade e motilidade moderada e sinal doppler arterial non audible, con venosa audible.
- C) Afectación severa de sensibilidade (anestesia) e motilidade (parálise), con sinal doppler arterial e venosa non audible.
- D) Mínima afectación de sensibilidade sen afectación de motilidade, con sinal doppler arterial non audible e sinal venosa audible.

2. Con respecto á epidemioloxía do aneurisma de aorta abdominal, é VERDADEIRO que:

- A) A aorta infrarrenal é a localización máis frecuente de todos os aneurismas aórticos.
- B) Existe unha prevalencia de aneurisma de aorta abdominal de 4 cms ou máis dun 1% en homes entre 55-64 anos.
- C) A prevalencia aumenta entre 2-4% por década.
- D) Todas son correctas.

3. Paciente de 50 anos, intervindo de hernioplastia inguinal, que no quinto día postoperatorio presenta edema e empastamiento xemelgar. Realízase Eco-Doppler evidenciando trombose venosa profunda femoropoplítea. Ante os datos mencionados instauraríase tratamento anticoagulante durante:

- A) 1 mes.
- B) 3 meses.
- C) 3 anos.
- D) De por vida.

4. Na síndrome de ateroembolia, NON é certo que:

- A) Na maioría dos casos existe un factor desencadeante.
- B) O factor de risco máis importante é a aterosclerose establecida.
- C) Ata no 80% dos casos pode haber eosinofilia.
- D) A arteriografía sería o método diagnóstico indicado.

5. No tratamento dos aneurismas aórticos tóraco-abdominais, ¿Cal das seguintes é unha contraindicación absoluta de cobertura da arteria subclavia esquerda sen revascularización da mesma?

- A) Hipoplasia ou ausencia da arteria vertebral dereita.
- B) Bypass coronario con arteria mamaria esquerda.
- C) As respostas a e b son certas.
- D) As respostas a e b son falsas.

6. Os seguintes achados considéranse desfavorables para a colocación dun stent carotídeo por vía transfemoral, EXCEPTO un:

- A) Arco aórtico tipo III.
- B) Ateromatose severa do arco aórtico.
- C) Placa ateromatosa con gran core lipídico e superficie ulcerada.
- D) Estenose carotídea por radiación.

7. Paciente varón de 50 anos, fumador e diabético que ingresa cunha necrose de todos os dedos do pé e absceso plantar, con afectación dos planos musculares profundos e osteomielite do calcáneo. Na exploración física o paciente presenta pulso femoral e pulso poplíteo, con ausencia de pulsos distais. A presión transcutánea de Osixeno por baixo do xeonllo é maior de 60 mm HG. Que actitude tomarías?:

- A) Realizar unha amputación transmetatarsiana.
- B) Realizar unha amputación infracondílea.
- C) Realizar unha amputación supracondílea.
- D) Realizar unha desarticulación da cadeira.

8. Na "síndrome do dedo azul" NON é certo:

- A) É unha forma de presentación clínica de ateroembolismo.
- B) A forma de presentación clásica é a de repentina frialdade, cianose e dor en dedos do pé coa presenza de pulsos distais.
- C) A eosinofilia pode atoparse en máis de 80% dos pacientes con fenómenos tromboembólicos.
- D) A dor nestes pacientes é leve e de fácil control.

9. Á hora de revascularizar a pacientes con enfermidade arterial periférica en isquemia crítica, que considera **FALSO** con respecto a unha boa práctica clínica?

- A) Pacientes con expectativa de vida entre 2 e 5 anos, debería considerarse unha opción endovascular primeiro, pola súa asociación a menor morbilidade e custo.
- B) Pacientes con expectativa de vida maior de 2 anos, debería considerarse unha opción mediante cirurxía de bypass primeiro.
- C) Pacientes que non presenten opcións de bypass venoso, poderían beneficiarse dun intento endovascular antes dun bypass protésico.
- D) Unha opción endovascular primeiro, podería ter consecuencias na permeabilidade dun posible bypass posterior.

10. Cal dos seguintes é un factor de risco de disección aórtica?

- A) Hipertensión arterial mal controlada.
- B) Síndrome de Ehlers-Danlos.
- C) Anomalías estruturais da parede aórtica.
- D) Todos os anteriores.

11. O principal factor de risco para a embolización ateromatosa é:

- A) Idade maior de 60 anos.
- B) Arteriosclerose da aorta.
- C) Enfermidade coronaria.
- D) Enfermidade arterial periférica.

12. A causa máis frecuente de embolismo arterial de orixe cardíaca é:

- A) Endocardite.
- B) Mixoma auricular.
- C) Fibrilación auricular.
- D) Embolismo paradóxico

13. Ante unha paciente xestante de 25 semanas, que presenta unha trombose venosa profunda femoropoplítea, que anticoagulante está CONTRAINDICADO, xa que atravesa a placenta e asóciase a embriopatías?:

- A) Heparina de baixo peso molecular.
- B) Heparina non fraccionada.
- C) Anticoagulantes antivitamina K.
- D) A, B e C poden administrarse sen risco.

14. En canto á clínica da trombose venosa profunda, sinale a afirmación FALSA:

- A) Os signos e síntomas da trombose venosa profunda das extremidades son altamente inespecíficos.
- B) Existe unha gran variabilidade clínica.
- C) A trombose venosa profunda sóleo-xemelgar presenta máis gravidade clínica que a trombose venosa profunda ilio-femoral.
- D) Pode aparecer un aumento da temperatura cutánea.

15. Unha disección aórtica que se orixina distal á saída da arteria subclavia esquerda e termina na aorta torácica, correspóndese na clasificación de DeBakey co tipo:

- A) I.
- B) II.
- C) IIIa.
- D) IIIb.

16. Cal das seguintes afirmacións sobre as fístulas arterio-venosas para hemodiálise é VERDADEIRA?

- A) A causa máis frecuente de fracaso é a formación de pseudoaneurismas.
- B) O xerme que máis frecuentemente produce a infección dunha fístula é o *Staphylococcus aureus*.
- C) Para evitar a formación de pseudoaneurismas, está indicada a canalización da fístula sempre no mesmo sitio.
- D) Todos os casos de seromas que aparecen tras a realización dunha fístula teñen indicación de drenaxe cirúrxico.

17. Cal das seguintes afirmacións sobre a isquemia aguda de membro superior é FALSA:

- A) A idade media dos pacientes é igual á da isquemia aguda en membros inferiores.
- B) A trombose arterial é menos frecuente que a embolia.
- C) A causa de embolia máis frecuente é a de orixe cardíaca.
- D) Non todos os casos requiren cirurxía urxente.

18. Durante a endarterectomía carotídea, emprégase o Shunt intraoperatorio, sinale a opción CORRECTA:

- A) Non se emprega nunca xa que pode presentar graves complicacións como a disección ou a embolización.
- B) Emprégase en todos os pacientes, sempre que a carótida interna distal teña un diámetro mínimo de 6 mm.
- C) Emprégase nos pacientes que non teñen unha circulación colateral adecuada, medida por distintos métodos (métodos electroencefalográficos, potenciais evocados, determinación da presión retrógrada na carótida interna, etc...).
- D) Emprégase unicamente en pacientes con oclusión carotídea contralateral.

19. A causa máis común de lesión na circulación carotídea extracranial é:

- A) Displasia fibromuscular.
- B) Enfermidade aterosclerótica.
- C) Aneurisma carotídeo.
- D) Disección carotídea.

20. Cal é a complicación máis frecuente da "síndrome do martelo hipotenar"?

- A) Rotura arterial.
- B) Trombose venosa.
- C) Compresión neurolóxica.
- D) Embolización distal.

21. Que tipo de endofuga tras EVAR se manexa inicialmente con monitorización ou observación?

- A) Tipo I.
- B) Tipo II con diámetro do saco estable ou decrecente.
- C) Tipo II con aumento do saco aneurismático.
- D) Tipo III.

22. Ao comparar resultados en revascularizacións ilíacas sobre lesións estenóticas ou oclusivas atopamos CERTO que:

- A) Conseguido un éxito técnico inicial, atopamos a longo prazo, unha maior permeabilidade sobre tratamento de lesións estenóticas.
- B) Conseguido un éxito técnico inicial, atopamos a longo prazo, unha maior permeabilidade sobre tratamento de lesións oclusivas.
- C) Conseguido un éxito técnico inicial, non atoparemos diferenzas significativas na permeabilidade a longo prazo entre lesións estenóticas ou oclusivas.
- D) O éxito técnico inicial non é un factor prognóstico de permeabilidade a curto ou a longo prazo.

23. O emprego do parche como peche na endarterectomía carotídea, sinala a opción CORRECTA:

- A) Asóciase a un menor risco de obstrución arterial perioperatoria.
- B) Asóciase a un menor risco de reestenose a longo prazo.
- C) Non existe un tipo de material que demostre superioridade fronte a outros.
- D) Todas as respostas son correctas.

24. Con respecto á comparación entre bypass e angioplastia simple en isquemia severa de membros inferiores (BASIL-1) sería FALSO que:

- A) A supervivencia libre de amputación a 1 ano é similar.
- B) A supervivencia libre de amputación a 3 anos é similar.
- C) A cirurxía aberta de bypass ten menor taxa de reintervención a un ano.
- D) A cirurxía aberta de bypass ten unha maior taxa de mortalidade a 30 días.

25. No stent carotídeo, o emprego dos sistemas de protección cerebral, sinala a opción CORRECTA:

- A) Na realización dun stent carotídeo, debe considerarse o uso dun sistema de protección cerebral.
- B) Os sistemas empregados con máis frecuencia son os filtros e os sistemas de fluxo reverso.
- C) Os sistemas de oclusión proximal non se recomendan en pacientes con enfermidade ateromatosa avanzada da arteria carótida común.
- D) Todas as afirmacións son correctas.

26. Con respecto aos pacientes claudicantes que padecen unha enfermidade aorto-ilíaca oclusiva é FALSO que:

- A) A maior parte mostran un patrón estable ao longo da súa vida ou unha melloría de síntomas como resultado dunha modificación nos seus factores de risco.
- B) A taxa anual de mortalidade que se reportou historicamente sitúase en torno ao 5%.
- C) A taxa anual de perda de extremidade que se reportou historicamente sitúase en torno ao 1%.
- D) Como resultado de progresión da enfermidade a 5 anos, o 10% requirirán unha intervención revascularizadora.

27. Cal das seguintes non se considera unha manifestación típica da embolización ateromatosa:

- A) Hipotensión arterial.
- B) Placa de Hollenhorst.
- C) Nivel reticularis.
- D) Dor abdominal.

28. Na síndrome compartimental, despois da revascularización, todas as opcións seguintes son certas EXCEPTO unha:

- A) No tratamento pode estar indicada a utilización de corticoides, diuréticos e manitol.
- B) A elevación en sangue da CPK (creatinfosfocinasa) e a hiperpotasemia son datos analíticos que nos permiten facer un diagnóstico precoz da síndrome.
- C) Pode elevarse o potasio en sangue.
- D) Pode aparecer mioglobinuria e elevación en sangue da creatinfosfocinasa (CPK).

29. Que tipo de endofuga se debe ao fallo na ancoraxe distal da endoprótese aórtica?

- A) Tipo Ia.
- B) Tipo II.
- C) Tipo Ib.
- D) Tipo IV.

30. É predictor de peor evolución dunha disección aórtica crónica tipo B:

- A) Recorrecia dos síntomas.
- B) Hipertensión arterial refractaria ao tratamento.
- C) Trombose parcial da luz falsa.
- D) Todos os anteriores.

31. Despois da colocación dun stent carotídeo, en ausencia de contraindicacións, o paciente debe ser dado de alta con:

- A) Antiagregación con Clopidogrel.
- B) Antiagregación con Acido Acetilsalicílico.
- C) Dobre antiagregación con Clopidogrel e Acido Acetilsalicílico.
- D) Anticoagulación oral con anticoagulantes antivitaminas K.

32. Sobre o diagnóstico con Eco-doppler dun bypass en risco, é CORRECTO:

- A) Valores de Vr (velocidade de resistencia) de 2,5 a 3 son indicativos de estenose menor do 50%.
- B) Unha VDF (velocidade diastólica final) maior de 100 cm/s é indicativa de lesións de máis de 75%.
- C) Unha VPS (velocidade pico sistólica) inferior a 45 cm/s non se considera indicativa de estenose significativa proximal.
- D) O Eco-doppler para o diagnóstico dun bypass en risco considérase pouco fiable.

33. Segundo as guías de manexo de aneurismas arteriais aortoiliacos da ESVS, que frecuencia de realización de seguimento por ultrasóns indicaría nun paciente cun aneurisma de aorta abdominal entre 4–4,9 cm de diámetro?

- A) Cada 6 meses.
- B) Cada 12 meses.
- C) Cada 18 meses.
- D) Ningunha é correcta.

34. Con respecto ao seguimento do bypass venoso tras a revascularización dos membros inferiores, que é FALSO?

- A) Lesións focais que excedan 200 cm/s deben considerar repararse para previr estenose/oclusión do enxerto.
- B) Un descenso do INB (índice nocello-brazo) maior de 0.15 no seguimento, en ausencia de lesións detectables, recomendaría realización dunha arteriografía.
- C) A maior parte das lesións nos primeiros 24 meses son habitualmente resultado da hiperplasia intimal.
- D) Con unha VPS (velocidade pico-sistólica) menor de 45cm/s a través do inxerto en ausencia de lesións detectables, recomendaría a realización dunha arteriografía.

35. Que factor se asocia a unha NON maduración da fístula para hemodiálise?

- A) Idade nova.
- B) Diabetes (sobre todo en fístulas con arteria radial).
- C) Diámetro arterial maior de 2 mm.
- D) Diámetro venoso maior de 3 mm.

36. Que factores poden contribuir a unha peor evolución tras o tratamento revascularizador da isquemia mesentérica aguda?

- A) Isquemia- reperusión.
- B) Insuficiencia renal.
- C) Idade maior de 70 anos.
- D) Todos os anteriores.

37. Con respecto á profundoplastia adxuvante, qué é CORRECTO?

- A) Nunha derivación aorto-femoral profunda a frecuencia de permeabilidade a 5 anos é superior ao 95%.
- B) O éxito clínico acumulado nunha derivación aorto-femoral profunda (enxerto permeable e melloría sintomática) é superior ao 70% a 5 anos independentemente da lonxitude da profundoplastia.
- C) A derivación aorto-profunda non adoita ser suficiente no tratamento da enfermidade oclusiva a múltiples niveis e moitos destes pacientes necesitarán revascularización máis distal simultánea ou posterior.
- D) A e B son certas.

38. En canto á exposición e técnica cirúrxica da profundoplastia podemos afirmar que:

- A) Considérase distal se debemos proceder a unha abordaxe lateral á arteria femoral profunda.
- B) Considérase distal se debemos proceder á división da vea circunflexa femoral lateral.
- C) Considérase distal se a estendemos máis aló da segunda rama perforante da arteria femoral profunda.
- D) Considérase distal se a estendemos máis aló da primeira bifurcación da arteria femoral profunda.

39. Cal das seguintes manifestacións é CORRECTA respecto á hemodinámica da insuficiencia venosa superficial:

- A) Insuficiencia venosa profunda.
- B) Shunt veno-venoso profundo-superficial.
- C) Existencia de refluxo en sistema venoso profundo.
- D) Todas as anteriores son certas.

40. O tratamento endovascular renal pode ter pouco beneficio na función renal a pesar dun resultado técnico adecuado debido a:

- A) Dano do parénquima renal.
- B) Uso de contrastes nefrotóxicos.
- C) Microembolización distal durante o procedemento endovascular.
- D) Todos os anteriores.

41. Durante o procedemento do stent carotídeo, sinala a afirmación FALSA:

- A) A predilatación da lesión adoita reservarse en estenose de alto grao (maior do 80%), cando o stent non logra cruzar a lesión.
- B) A predilatación da lesión pode asociarse a unha maior taxa de ICTUS perioperatorio.
- C) A predilatación da lesión é empregada habitualmente, na gran maioría dos pacientes.
- D) Pódese administrar Atropina profiláctica ou dispoñer dela para unha administración posterior.

42. No estudo da patoloxía carotídea con AnxiORN, sinala a opción INCORRECTA:

- A) É unha proba non invasiva que permite o estudo simultáneo do parénquima e a vascularización cerebral.
- B) Permite valorar características da placa ateromatosa.
- C) Ten unha sensibilidade aproximada do 95%.
- D) Como desvantaxe precisa radiación ionizante e uso de contraste iodado.

43. Os documentos de consenso Europeo definen á Isquemia crítica da extremidade inferior cos seguintes parámetros:

- A) Dor isquémico en repouso, persistente ou recorrente, que precisa analxesia con opiáceos durante polo menos dúas semanas e unha presión sistólica no nocello menor de 20 mmHg
- B) Dor isquémica en repouso, persistente ou recorrente, que precisa analxesia con opiáceos durante polo menos dúas semanas, cunha presión sistólica en nocello menor de 50 mmHg (ou ausencia de pulsos distais en diabéticos). Ou ulceración ou gangrena no pé ou dedo.
- C) Dor isquémica en repouso, persistente ou recorrente, que precisa analxesia con opiáceos durante polo menos dúas semanas, cunha ulceración ou gangrena no pé ou dedos, cunha presión sistólica menor de 30 mmHg no nocello.
- D) Dor isquémica en repouso, persistente ou recorrente, que precisa analxesia con opiáceos durante polo menos dúas semanas, cunha presión sistólica no dedo do pé menor de 20mmHg.

44. Respecto ós factores de risco da EAP (enfermidade arterial periférica) , sinala a afirmación FALSA:

- A) Máis do 70% mostran anomalías lipídicas.
- B) Ata o 90% presentan marcadores de hipercoagulabilidade alterados.
- C) A EAP compórtase de forma máis agresiva en xente máis moza.
- D) A diminución da homocisteína considérase un factor de risco.

45. Cal das seguintes afirmacións NON é certa respecto ás características de cronicidade dun trombo venoso no estudo con eco-doppler:

- A) O trombo antigo é hipoecoxénico.
- B) Parede venosa irregular.
- C) Recanalización parcial da luz venosa.
- D) Incompetencia valvular.

46. A presenza de que factor dos seguintes pode predecir un maior risco de trombose dunha rama dunha endoprótese aórtica bifurcada?

- A) Enfermidade aorto-iliaca oclusiva asociada.
- B) Terminación aórtica menor de 14 mm.
- C) Tortuosidade iliaca.
- D) Todos os anteriores.

47. No tratamento da trombose venosa profunda, o emprego de estratexias físicas de retirada do material trombótico e stenting venoso, podería ser considerado en:

- A) Trombose venosa profunda iliofemoral.
- B) Trombose venosa profunda femoropoplíteica.
- C) Trombose venosa profunda poplíteadistal.
- D) Trombose venosa profunda plantar.

48. Que factor de risco pode predispoñer á aparición dunha trombose venosa profunda?:

- A) Déficit de proteína C.
- B) Infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca.
- C) Cancro.
- D) Todos os anteriores.

49. No estudo da patoloxía carotídea, que proba ten menos risco dalgún tipo de complicación?:

- A) Arteriografía.
- B) AnxioTAC.
- C) AnxioRNM.
- D) Eco-Doppler.

50. Respecto ao tratamento non cirúrxico na EAP (enfermidade arterial periférica) , sinala a opción VERDADEIRA:

- A) O principal efecto secundario da Ticlopidina é a plaquetopenia.
- B) AAS (ácido acetilsalicílico) actúa inhibindo á ciclooxixenase, polo que se aumenta a produción de Tromboxano A2 nas plaquetas.
- C) O estudo CAPRIE concluíu cos mellores resultados de Clopidogrel fronte a AAS (ácido acetilsalicílico) respecto a complicacións cardiovasculares.
- D) O Cilostazol non demostrou un incremento significativo na distancia de claudicación.

51. Muller de 53 anos, con neoplasia de páncreas a tratamento con quimioterapia, que acode ao servizo de urxencias por episodio de dor en perna dereita de dúas horas de evolución. Á exploración física presenta un edema e empastamento muscular de toda a extremidade, con cianose, atraso do recheo venocapilar e limitacións na mobilidade. A sospeita clínica máis probable é:

- A) Isquemia aguda por embolia arterial.
- B) Trombose venosa profunda distal.
- C) Flegmasia cerúlea dolens.
- D) Rotura de quiste de Baker.

52. Ante nós preséntase un paciente con sospeita de infección dun enxerto aorto-bifemoral protésico. Que xerme esperaríamos atopar con MENOR frecuencia na bacterioloxía dos cultivos?

- A) Pseudomona spp.
- B) Staphylococcus aureus.
- C) Staphylococcus epidermidis.
- D) Coliformes/organismos Gram negativos.

53. Das seguintes intervencións sobre a arteria renal, cal se considera unha técnica indirecta e presenta menor permeabilidade?

- A) By-pass aortorrenal.
- B) By-pass hepatorrenal.
- C) By-pass esplenorrenal.
- D) B e C son correctas.

54. A nivel da aorta torácica, a zona de selado tipo 3 en cirurxía endovascular correspóndese con:

- A) Zona proximal á arteria carótida esquerda.
- B) Zona proximal ao tronco braquio-cefálico.
- C) Aorta torácica descendente proximal a menos de dous centímetros da saída da arteria subclavia esquerda.
- D) Ningunha das anteriores.

55. Cal é a causa máis frecuente de fallo técnico no tratamento endovascular da enfermidade renovascular?

- A) Imposibilidade de atravesar a lesión cunha guía.
- B) Perforación da arteria renal.
- C) Oclusión de colaterais arteriais.
- D) Estenose residual maior do 30%.

56. Que proba se considera "gold standard" para o diagnóstico dun aneurisma tóraco-abdominal?

- A) Arteriografía.
- B) Tomografía axial computerizada.
- C) Ecografía transtorácica.
- D) Radiografía de tórax.

57. Shaw e Baue describen por 1ª vez unha derivación a través do buraco obturador. Este abórdase disecando medial á vea ilíaca externa e posterior á rama da pube. Á hora de abrir a membrana obturadora debemos:

- A) Evitar arteria e nervio obturador que se sitúan posterolateral, e abríla anteromedial.
- B) Evitar arteria e nervio obturador que se sitúan anteromedial, e abríla posterolateral.
- C) Evitar arteria e nervio obturador que se sitúan anterolateral, e abríla posteromedial.
- D) Evitar arteria e nervio obturador que se sitúan posteromedial e abríla anterolateral.

58. Cal das seguintes é a máis importante variable anatómica para determinar que un aneurisma de aorta abdominal pode ser tratado mediante EVAR?

- A) Lonxitude de cuello aórtico proximal.
- B) Diámetro das arterias ilíacas.
- C) Tortuosidade das arterias ilíacas.
- D) Calcificación do saco aneurismático.

59. Cal é a primeira rama da arteria carótida externa?

- A) Arteria lingual.
- B) Arteria facial.
- C) Arteria tiroidea superior.
- D) Arteria farínxea ascendente.

60. Respecto á arteria subclavia aberrante, que é FALSO?:

- A) É unha anomalía frecuente do arco aórtico (ata o 1% da poboación).
- B) É case sempre asintomática.
- C) A clínica máis frecuente en caso de desenvolvemento de aneurisma é disfaxia, disnea e tose.
- D) Denomínase divertículo de Kommerell ao aneurisma que se desenvolve no seu 1/3 medio.

61. Respecto ao ángulo doppler NON é certo:

- A) É o ángulo existente entre o face de ultrasóns e a dirección do reflector.
- B) Canto maior é o ángulo, menor é a frecuencia doppler que detectamos.
- C) Para estimacións de velocidade debe ser superior a 60°.
- D) Todas as anteriores.

62. Cal é a localización máis frecuente da estenose crónica clinicamente significativa da vascularización mesentérica?

- A) Orixe do tronco celíaco.
- B) Orixe da arteria mesentérica superior.
- C) Orixe da arteria mesentérica inferior.
- D) Na arteria mesentérica superior xusto distal ao orixe da arteria cólica media.

63. En relación á enfermidade arterial periférica, o concepto de isquemia crítica de extremidade, NON inclúe:

- A) Dor de repouso persistente, que require analxesia polo menos durante 2 semanas.
- B) Presión sistólica en nocello por debaixo de 50 mm de Hg.
- C) Presión sistólica en dedo de pé por debaixo de 30 mm de Hg.
- D) Índice nocello brazo non colapsable.

64. Que patoloxía é actualmente a responsable da maior parte das mortes postoperatorias temperás tras a cirurxía aberta na patoloxía aorto- ilíaca oclusiva?

- A) Ictus.
- B) Infarto agudo de miocardio.
- C) Fallo renal.
- D) Pneumonía.

65. Con que tipo de acceso arterio-venoso para hemodiálise dos seguintes se consegue a maior permeabilidade primaria a 1 ano?

- A) Fístula úmero-basílica con prótese de PTFE.
- B) Fístula úmero-cefálica autóloga.
- C) Fístula arterio-venosa con vea safena interna.
- D) Fístula arterio-venosa axilo-axilar.

66. Cal das seguintes complicacións que poden aparecer tras o tratamento endovascular dun aneurisma de aorta abdominal infrarrenal é máis frecuente?

- A) Infección da endoprótese.
- B) Claudicación glútea.
- C) Paraparesia por isquemia espinal.
- D) Isquemia de colon.

67. Con respecto á profundoplastia illada é CERTO que:

- A) O éxito da profundoplastia non se modifica se o leito distal é bo (dous ou tres arterias tibiais permeables).
- B) A permeabilidade da arteria poplítea axuda a predicir o éxito técnico.
- C) O éxito clínico é maior cando a indicación cirúrxica é unha claudicación incapacitante que unha isquemia crítica.
- D) O éxito da profundoplastia non ten que ver coa selección do paciente ou a indicación da intervención.

68. Tras a reparación dun aneurisma de aorta abdominal cunha prótese bifurcada, existe o risco de infección protésica; con respecto á mesma, que sería FALSO?

- A) A presenza de material protésico na íngua incrementa o risco de padecela entre un 10–20%.
- B) Febre e dor de costas son os síntomas máis frecuentes de presentación.
- C) Infeccións temperás (menos de 3– 4 meses), asóciase máis frecuentemente a febre, feridas inguinais infectadas e sepse.
- D) Infeccións tardías (máis de 3–4 meses) asóciase a infeccións de baixo grao con síntomas ou signos locais como fístulas, gas periaórtico, formación de pseudoaneurismas e habitualmente con parámetros normais de laboratorio.

69. Un aneurisma tóraco–abdominal que se inicia xusto distal á saída da arteria subclavia esquerda e que termina na bifurcación aórtica, a que tipo de aneurisma tóraco–abdominal corresponde segundo a clasificación de Crawford?

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

70. O bypass axilo–bifemoral pódese utilizar como unha alternativa ao bypass aorto–bifemoral en determinados casos. Algunhas das posibles complicacións son derivadas do exceso de tracción axilar na anastomose proximal cando se abduce o brazo. Que medida ou medidas consideraría para evitalo?

- A) Tunelizar o enxerto na liña axilar anterior.
- B) Seccionar ao músculo pectoral menor.
- C) Realizar a anastomose proximal o máis medial posible.
- D) B e C son correctas.

71. Respecto á exploración venosa con Eco–Doppler, sinala a afirmación FALSA:

- A) En veas de pequeno calibre, o fluxo pode non ser espontáneo aínda en situacións de normalidade.
- B) En veas de mediano e gran calibre en ausencia de fluxo fásico débese sospeitar TVP (trombose venosa profunda).
- C) Un trombo recente é hiperecoxénico.
- D) Un trombo antigo é hiperecoxénico.

72. Sinala a afirmación FALSA respecto á arteria carótida:

- A) A arteria carótida común dereita orixinase máis frecuentemente do tronco braquiocefálico.
- B) A arteria carótida común esquerda nace habitualmente do caxato aórtico.
- C) Limitase distalmente por apófise mastoidea.
- D) Limitase internamente polo músculo esternocleidomastoideo.

73. En relación ao tratamento da isquemia intestinal aguda mediante bypass á arteria mesentérica superior, cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) En ausencia de infección intraabdominal, pódense usar próteses de Dacron ou PTFE anillada.
- B) Unha das opcións en caso de necesitar unha vea para o bypass, é utilizar a vea safena interna.
- C) Na orientación da prótese inflúe sobre todo o grao de arterioesclerose das arterias de orixe.
- D) A necesidade de resección intestinal debe avaliarse en todos os casos no momento da revascularización da arteria mesentérica superior, e non nun 2º tempo.

74. Cal é o risco de ruptura a 12 meses dun aneurisma de aorta abdominal maior de 7 cms de diámetro?

- A) menor de 10%.
- B) 10-15%.
- C) 15-20%.
- D) maior de 30%.

75. Con respecto ao manexo médico da enfermidade arterial periférica (EAP), que considera FALSO?

- A) Os fármacos antiagregantes plaquetarios están firmemente recomendados nos pacientes con EAP sintomática para reducir o risco de eventos cardiovasculares adversos.
- B) O impacto das estatinas esténdese máis aló do seu efecto para control de lípidos, incluíndo un efecto redutor de inflamación.
- C) Pacientes diabéticos tipo 2 con función renal alterada e tratados con metformina teñen menor risco de nefropatía e acidose metabólica ao recibir contrastes iodados.
- D) Os investigadores demostraron que o uso de estatinas reduce a aparición de eventos vasculares maiores como ICTUS ou infarto de miocardio, así como dunha menor mortalidade por enfermidade cardiovascular.

76. Durante o procedemento do stent carotídeo, sinala a afirmación FALSA:

- A) A dilatación con balón poststent pode aumentar as taxas de accidente cerebrovascular.
- B) A dilatación con balón poststent débese reservar para estenose residual severa despois do despregamento do stent.
- C) A dilatación con balón poststent realízase sistematicamente en todos os casos
- D) Pódese administrar Atropina profiláctica ou dispoñer dela para unha administración posterior.

77. Cal das seguintes afirmacións respecto á dinámica arterial NON é certa:

- A) A resistencia ao fluxo por efecto da viscosidade é máxima nas proximidades á parede e mínima no centro.
- B) A presenza de turbulencias de fluxo pode considerarse fisiolóxico en bifurcacións.
- C) A viscosidade defínese como a forza necesaria para desprazar unha capa de líquido cunha velocidade dada.
- D) O sangue pode considerarse como un fluxo newtoniano.

78. Das seguintes, ¿que anomalía venosa é máis frecuente e débese de ter presente durante o clampaxe cirúrxico da aorta abdominal?:

- A) Vea cava esquerda.
- B) Vea cava retroaórtica.
- C) Vea cava duplicada
- D) Vea renal circunaórtica.

79. Cal dos seguintes factores son considerados de risco para a enfermidade cerebrovascular?:

- A) Tabaquismo.
- B) Hipertensión arterial.
- C) Hipercolesterolemia.
- D) Todos son factores de risco.

80. Dos seguintes pares craniais, cal ten menos risco de lesión durante a endarterectomía carotídea?:

- A) Nervio Oculomotor (III).
- B) Nervio Glossofarínxeo (IX).
- C) Nervio Vago (X)
- D) Nervio Hipogloso (XII)

81. Con respecto á derivación infrainguinal é FALSO que:

- A) O tipo de enxerto utilizado é o principal determinante da permeabilidade a longo prazo.
- B) Respecto a os enxertos venosos a calidade e o calibre da vea son os determinantes do éxito.
- C) A presenza de insuficiencia renal terminal acompáñase dun aumento de mortalidade e perda de extremidade pero non dunha diminución de permeabilidade dos enxertos venosos.
- D) Os enxertos venosos autólogos permanecen con frecuencia permeables en presenza dunha enfermidade rechamante no fluxo de saída.

82. O signo ecográfico máis sinxelo de reproducir e máis específico para o diagnóstico de trombose venosa profunda con Eco- Doppler é:

- A) Falta de fluxo espontáneo.
- B) Ausencia de compresibilidade do vaso venoso á presión co transductor.
- C) Presenza de fluxo bifásico coa respiración.
- D) Ausencia de modulación do fluxo coa compresión muscular.

83. Sinala a afirmación VERDADEIRA:

- A) O INB (índice nocello-brazo) é sempre indicación para a revascularización.
- B) O INB (índice nocello-brazo) correlaciónase con maior risco de perda da extremidade.
- C) Os pacientes son os mellores xuíces na medida da distancia de claudicación.
- D) A clasificación tradicional de Fontaine clasifica aos paciente en cinco grupos.

84. Segundo as guías globais de manexo de isquemia crítica de membros inferiores (SVS, ESVS), consideramos a un paciente con risco quirúrgico elevado cando:

- A) A mortalidade anticipada periprocedemento é maior do 5% e a súa esperanza de vida a 2 anos é menor do 50%.
- B) A mortalidade anticipada periprocedemento é maior do 20% e a súa esperanza de vida a 2 anos é menor do 50%.
- C) A mortalidade anticipada periprocedemento é 5–10% e a súa esperanza de vida a 2 anos é maior do 50%.
- D) A mortalidade anticipada periprocedemento é menor do 10% e a súa esperanza de vida a 2 anos é maior do 50%.

85. No estudo da patoloxía carotídea con Eco Doppler (segundo a guía da Sociedade Europea de Cirurxía Vascular publicada en 2018), sinale a opción VERDADEIRA:

- A) O screening de TSA con Eco-Doppler é recomendado en toda a poboación de maneira rutineira.
- B) O screening de TSA con Eco-Doppler pode ser considerado en pacientes con múltiples factores de risco vascular para reducir a morbimortalidade.
- C) A e B son verdadeiras.
- D) A e B son falsas.

86. Cal das seguintes é unha técnica de reparación aberta da isquemia mesentérica crónica?

- A) Endarterectomía transaórtica.
- B) Bypass mesentérico anterógrado.
- C) Bypass mesentérico retrógrado.
- D) Todas son técnicas de reparación aberta da isquemia mesentérica crónica.

87. Defínese un Accidente Cerebrovascular ou Infarto cerebral:

- A) Déficit neurolóxico de menos de 24 horas de duración, que non produce alteracións nas probas de neuroimaxe e non ten secuelas.
- B) Déficit neurolóxico de máis de 24 horas de duración, que non produce alteracións nas probas de neuroimaxe e nunca ten secuelas.
- C) Déficit neurolóxico de máis de 24 horas de duración, que produce alteracións nas probas de neuroimaxe e sempre ten secuelas.
- D) Déficit neurolóxico de máis de 24 horas de duración, que produce alteracións nas probas de neuroimaxe e pode ter secuelas ou non.

88. Cal é a proba "gold standard" para o diagnóstico da isquemia mesentérica crónica?

- A) Tomografía axial computerizada.
- B) Resonancia magnética nuclear.
- C) Ecografía- Doppler.
- D) Arteriografía con contraste.

89. Unha das enfermidades relacionadas co tecido conectivo é a Síndrome de Marfan, de herdanza autosómica dominante. Cal é o xene afectado neste trastorno?

- A) MTHFR.
- B) Factor V Leiden.
- C) FBN 1.
- D) Non existe un xene identificado.

90. En relación ao tratamento endovascular da trombose aguda da arteria mesentérica superior, cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA?

- A) O tratamento endovascular para a isquemia mesentérica por trombose da arteria mesentérica superior está descrito para os casos de presentación exclusivamente crónicos.
- B) Está indicado sobre todo en pacientes de baixo risco cirúrxico.
- C) Pódese utilizar como ponte a un bypass electivo unha vez se teña resolto o proceso agudo.
- D) Existe a suficiente evidencia científica para afirmar que o tratamento de elección é a colocación dun stent na orixe da arteria mesentérica superior.

91. Con respecto á revascularización infrapoplíteica en isquemia crítica de membros inferiores mediante anxioplastia simple, que porcentaxe de pacientes presentan un alivio da dor isquémica de repouso a 5 anos?

- A) 10%.
- B) 20%.
- C) 30%.
- D) 40%.

92. O manexo médico óptimo dunha disección aguda aórtica tipo B inclúe:

- A) Ingreso do paciente na Unidade de Coidados Intensivos.
- B) Monitorización da tensión arterial e da presión venosa central.
- C) Tratamento antihipertensivo intravenoso.
- D) Todos os anteriores.

93. Sobre a enfermidade arterial periférica:

- A) O maior risco de fracaso na revascularización é en pacientes maiores.
- B) O principal factor de risco da isquemia crítica da extremidade inferior é a idade.
- C) O 40–50% dos pacientes con amputacións maiores son diabéticos.
- D) Todas son certas.

94. A enfermidade arterial periférica (EAP) defínese como unha enfermidade crónica de evolución lenta, sendo un problema de saúde global con múltiples factores de risco. Cal das seguintes afirmacións sobre a EAP é VERDADEIRA?

- A) Estímase que afecta a menos de 20 millóns de persoas en todo o mundo.
- B) A maioría dos individuos con EAP son sintomáticos.
- C) Unha pequena minoría (<10%) desenvolven un estado de isquemia crítica.
- D) Esta enfermidade conleva un risco significativo de redución de esperanza de vida e de eventos cardiovasculares salvo nos casos asintomáticos.

95. Na cirurxía da estenose carotídea, que variable inflúe negativamente incrementando o risco cirúrxico?:

- A) Oclusión carotídea contralateral.
- B) Infarto cerebral contralateral con importante déficit.
- C) Pescozo con radiación.
- D) Todas as anteriores.

96. Respecto á tromboembolia arterial, sinala a afirmación FALSA:

- A) A localización máis frecuente é en membros superiores.
- B) Ao redor dun 10% dos émbolos chegan a vasos viscerais.
- C) A causa máis frecuente é a fibrilación auricular ou IAM recente.
- D) Existen signos arteriográficos típicos.

97. Tras a realización dunha profundoplastia illada, que é FALSO con respecto ao índice nocello–brazo (INB)?

- A) Nos pacientes con éxito clínico a longo prazo prodúcese un aumento significativo do INB ao principio do postoperatorio comparado co preoperatorio.
- B) O gradiente de presión entre a coxa e o nocello predí un éxito clínico prolongado nestes pacientes.
- C) O cambio do INB no postoperatorio inmediato pode non reflectir o resultado final.
- D) A mellora postoperatoria do INB é maior cando a indicación é unha isquemia crítica.

98. Na síndrome de reperfusión, pode ocorrer o seguinte, EXCEPTO:

- A) Infarto muscular periférico.
- B) Hipopotasemia.
- C) Mioglobinemia.
- D) Insuficiencia renal mioglobinúrica.

99. Que configuración dunha fistula radiocefálica autóloga se asocia a menor incidencia de hipertensión venosa?

- A) Anastomose arterio-venosa látero-lateral.
- B) Anastomose arterio-venosa termo-lateral.
- C) Anastomose arterio-venosa látero-terminal.
- D) Anastomose arterio-venosa termo-terminal.

100. Como catalogaría dentro da clasificación TASC, as lesións dun paciente que presenta unha oclusión completa de ambas as arterias ilíacas comúns?

- A) TASC A.
- B) TASC B.
- C) TASC C.
- D) TASC D.

Preguntas de reserva

1. Ao comparar "stenting primario" versus "stenting selectivo" ao tratar patoloxía ilíaca oclusiva observamos que:

- A) A severidade da enfermidade (claudicación versus isquemia crítica), é un factor predictor independente de fallo a longo prazo.
- B) O implante de stent reduce o risco de fallo a longo prazo máis dun 30% sobre a angioplastia illada.
- C) En claudicantes e isquemia crítica tratados con stenting primario existe un éxito técnico maior de 90%.
- D) Todas son correctas.

2. Son contraindicacións absolutas para realizar tratamento fibrinolítico na isquemia aguda todas EXCEPTO:

- A) Cirurxía intracranial previa (menos de 3 meses).
- B) Hemorraxia dixestiva (menos de 10 días).
- C) Cirurxía ocular recente.
- D) Accidente cerebrovascular (menos de 3 meses).

3. Cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA?

- A) A maior diámetro do saco aneurismático, maior risco de dilatación do cuello tras EVAR.
- B) A maior presenza de trombo circunferencial no cuello, maior risco de dilatación do cuello tras EVAR.
- C) A maior diámetro do cuello aórtico, maior risco de dilatación do cuello tras EVAR.
- D) Todas son verdadeiras.

4. Varón de 50 anos, fumador e hipertenso, con antecedentes de cirurxía larínxea e radiación de pescozo, con bo pronóstico. Presenta un episodio de hemiparesia dereita de menos de 24 horas de evolución, que se resolve sen secuelas. No estudo de troncos supraórticos visualízase estenose do 80% da carótida interna esquerda. Que tratamento formularías?

- A) Endarterectomía carotídea.
- B) Stent carotídeo.
- C) Tratamento médico.
- D) Ningún tratamento.

5. Respecto á arteria ilíaca, é INCORRECTO:

- A) Bifúrcase en ilíaca interna e ilíaca externa.
- B) A mellor exposición dos vasos ilíacos é a vía extraperitoneal.
- C) A exposición do eixo ilíaco dereito dá un mellor acceso á bifurcación aórtica.
- D) Existe relación anatómica con uréter.

6. Cal dos seguintes prevén da migración dunha endoprótese aórtica?

- A) A forza radial da endoprótese.
- B) Os ganchos ou púas.
- C) A fixación suprarrenal.
- D) Todos os anteriores.

7. Segundo as guías globais de diagnóstico e tratamento de enfermidade arterial periférica (ESC, ESVS), que pauta de tratamento administrarías de cara ao alta a un paciente con enfermidade arterial periférica sometido a unha revascularización percutánea con implante de stent?

- A) Antiagregación en monoterapia con Aspirina ou Clopidogrel.
- B) Dobre antiagregación con Aspirina e Clopidogrel.
- C) Anticoagulación simple.
- D) Anticoagulación máis Aspirina ou Clopidogrel.

8. Tras a realización dun stent carotídeo, cal das seguintes complicacións adoita requirir a necesidade de realizar unha endarterectomía carotídea urxente?

- A) Síndrome de hiperperfusión cerebral.
- B) Embolia cerebral.
- C) Hemorraxia cerebral.
- D) Trombose aguda do stent

9. A causa máis frecuente de isquemia mesentérica crónica é:

- A) Embolia arterial mesentérica.
- B) Arterioesclerose.
- C) Disección da arteria mesentérica superior.
- D) Trombose mesentérica venosa

10. Sobre a clínica de presentación da disección aórtica, cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA?

- A) O síntoma inicial máis frecuente é a cefalea.
- B) Nunca se describiu a síndrome de Horner asociada á disección aórtica.
- C) A hipertensión arterial é máis frecuente no tipo B de Stanford que no tipo A.
- D) O síncope é máis frecuente no tipo B de Stanford que no tipo A.