



Dirección General
de Recursos Humanos
y Relaciones Laborales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

PRUEBAS SELECTIVAS POR EL TURNO LIBRE PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO.

(Resolución 1 de diciembre de 2021)

Examen 1 de diciembre de 2024

ESPECIALIDAD

F. E. EN ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

ADVERTENCIAS:

- **No abra este cuestionario hasta que se le indique.** Para hacerlo introduzca la mano en el cuadernillo, y con un movimiento ascendente rasgue el lomo derecho (ver figura esquina inferior derecha).
- Para la realización de su examen le ha sido entregado el siguiente material: el presente cuestionario que contiene las preguntas y un protocolo-hoja de examen para cumplimentar sus respuestas. El protocolo-hoja de examen consta de tres ejemplares: un original y dos copias. El original consta a su vez de dos partes diferenciadas por una línea de trepado: parte superior (conteniendo sus datos de identificación), y parte inferior (para la contestación de las preguntas).
- El cuestionario consta de **150 preguntas, más 10 de reserva**, que deberán contestarse como el resto de las preguntas aun cuando, conforme a lo previsto en la convocatoria, solamente se valorarán por el Tribunal cuando fuera necesaria su utilización en sustitución de otras preguntas anuladas. Sólo se calificarán las respuestas marcadas en la "HOJA DE EXAMEN".
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
- Antes de comenzar lea detenidamente las instrucciones sobre la forma de contestar que se recogen en el reverso de la última copia de la hoja de examen. Utilice únicamente bolígrafo negro o azul para la realización del ejercicio. Si no lo tiene, pídaselo al vigilante.
- Todas las preguntas tienen el mismo valor y cada pregunta tiene **una sola respuesta correcta**.
- **Las respuestas erróneas serán penalizadas**, valorándose de forma negativa según lo dispuesto en las bases de la convocatoria de las pruebas selectivas.
- Compruebe que el número de cada respuesta que señale en la "HOJA DE EXAMEN" es el que corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- Para la realización del ejercicio dispone Vd. de **180 minutos** desde la señal de comienzo.
- Cuando termine la realización de su ejercicio o se dé la señal de conclusión con carácter general, deje el bolígrafo encima de la mesa y espere las instrucciones del vigilante del aula. **No realice ninguna operación sin la presencia del vigilante del aula.**
- No podrá llevarse este cuadernillo de examen hasta que el Responsable del aula de por finalizado el ejercicio.
- La plantilla correctora del presente ejercicio se hará pública por el Tribunal Calificador el día siguiente hábil al de la realización de la prueba.
- Se recuerda la prohibición expresa de la presencia de relojes inteligentes, móviles, tablets, portátiles, mp3/4/5, auriculares, cascos, etc...; es decir, **cualquier aparato que sea o tenga la apariencia de ser un medio de comunicación. En ningún caso, podrán estar encima de la mesa o silla**, a la vista del aspirante, aunque ese sea el único medio de controlar el tiempo para el propio aspirante. Su uso implicará la expulsión del ejercicio.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL



- 1.- Respecto al índice tobillo-brazo:
 - A) Un IT/B $< 0,9$ es diagnóstico de enfermedad arterial oclusiva con elevada sensibilidad y especificidad.
 - B) Un IT/B > 1 excluye la presencia de enfermedad arterial oclusiva con elevada sensibilidad y especificidad.
 - C) El IT/B correlaciona muy estrechamente con la severidad clínica del paciente.
 - D) Cuando es utilizado para la valoración del riesgo vascular, debe utilizarse la mayor de las presiones sistólicas en el pie.

- 2.- En pacientes con aneurismas de aorta toracoabdominal asociados a conectivopatías, la reimplantación de arterias viscerales y renales
 - A) Debe ser realizada de forma individual para evitar la formación de aneurismas paraanastomóticos en seguimiento
 - B) Debe ser realizada de forma estándar mediante la utilización de técnicas de pastillas de inclusión múltiple
 - C) Por razones anatómicas la arteria renal izquierda es el primer vaso a reimplantar
 - D) Por razones anatómicas la arteria renal derecha es el último vaso a reimplantar

- 3.- En humanos, el tiempo requerido para conseguir la endotelización de un injerto protésico aorto-bifemoral es:
 - A) Menos de 3 meses
 - B) De 3 a 6 meses
 - C) 1 año
 - D) No se endoteliza

- 4.- Según las guías ESVS 2024, ¿cuál es el porcentaje recomendado de sobredimensionamiento de la endoprótesis respecto al diámetro del cuello aórtico obtenido en TAC realizado con hipotensión permisiva?
 - A) 10%
 - B) 15%
 - C) 20%
 - D) 30%

- 5.- Respecto a los síndromes del tejido conectivo asociados al aneurisma de aorta abdominal, ¿cuál es la afirmación falsa?
 - A) El síndrome de Marfan se hereda de forma autosómica dominante
 - B) El síndrome de Loeys-Dietz se hereda de forma autosómica dominante
 - C) En el síndrome de Ehlers-Danlos con afectación vascular no se ha demostrado eficaz el tratamiento con celiprolol
 - D) En el síndrome de Ehlers-Danlos con afectación vascular algún caso de rotura contenida puede ser tratado de forma conservadora

- 6.- En la clasificación de los traumatismos contusos de aorta torácica descendente
 - A) La rotura intimal se considera un traumatismo grado 4
 - B) El hematoma intramural se considera un traumatismo grado 3
 - C) El pseudoaneurisma se considera un traumatismo grado 2
 - D) La rotura aortica completa con extravasación en un traumatismo grado 4

- 7.- El mecanismo de acción de la atorvastatina es:
- A) Inhibe de forma competitiva la HMG-CoA reductasa.
 - B) Estimulando los receptores nucleares activados de proliferación de los peroxisomas.
 - C) Reducir la proteína microsomal transportadora de triglicéridos.
 - D) Inhibiendo la glicoproteína que transporta los ésteres de colesterol.
- 8.- Una mujer de 47 años sufre un accidente de tráfico con traumatismo cráneo-cervical. Durante su traslado urgente sufre un ictus menor. El angio-TAC muestra una imagen sugestiva de disección de carótida interna en su porción proximal. ¿Qué tratamiento se recomienda de primera línea?:
- A) Antiagregación simple con Adiro-100.
 - B) Cirugía carotídea para fijar el flap intimal.
 - C) Anticoagulación.
 - D) Stent de carótida interna.
- 9.- Respecto del tratamiento endovascular de la claudicación, es falso:
- A) Puede estar indicado en aquellos pacientes en los que haya fracasado un ciclo de tratamiento médico, incluida terapia de ejercicio físico supervisado.
 - B) No está indicado en la prevención de la progresión a isquemia crónica amenazante para la extremidad.
 - C) La indicación debe realizarse de forma consensuada con el paciente, convenientemente informado.
 - D) No ha demostrado beneficio a largo plazo en el sector fémoro-popliteo, aunque si en el aorto-iliaco frente al tratamiento médico
- 10.- Un paciente con síndrome de Raynaud, ulceración digital y enfermedad del tejido conjuntivo debe ser avisado de que:
- A) Requerirá amputación de múltiples dedos en la evolución del síndrome
 - B) Una vez que las úlceras curen no recurrirán
 - C) Aunque las úlceras recurran, la amputación de dedos es raramente necesaria
 - D) No se le va a ver afectado el primer dedo de las manos
- 11.- En relación con el tratamiento heparínico en un paciente con isquemia aguda, indique la respuesta correcta:
- A) La heparina puede disolver el émbolo arterial y evitar la necesidad de operación.
 - B) La heparina sódica debe ser la de primera elección
 - C) La heparina de bajo peso molecular es la que debe utilizarse.
 - D) La heparina puede sustituirse actualmente por otros anticoagulantes orales o antiagregantes plaquetarios.
- 12.- El riesgo de paraplegia, tras la implantación de una endoprótesis multirama, en aneurismas toracoabdominales tipos 1 ó 3
- A) Es inferior al 2%
 - B) Es inferior al 4%
 - C) Es inferior al 5%
 - D) Es superior al 7%

- 13.-** La profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa con heparina de bajo peso molecular está formalmente contraindicada en estos supuestos, EXCEPTO EN UNO. ¿Cuál?
- A)** Alergia a heparina
 - B)** Endocarditis bacteriana
 - C)** Fracaso renal
 - D)** Hemofilia
- 14.-** Paciente de 70 años de edad, diabético tipo II de larga evolución. Acude a urgencias presentando aumento de volumen de 1er y 2º dedos, con enrojecimiento franco y halo celulítico en dorso de pie. Dolor a la palpación plantar y drenaje de material purulento en 1er espacio interdigital. A la exploración vascular presenta una obstrucción tibial, con una presión maleolar de 40 mm Hg, sin poder valorar la presión digital por el cuadro inflamatorio. La estrategia terapéutica debería ser:
- A)** Ingreso con antibioterapia empírica para estudio arteriográfico y revascularización programada, con amputación abierta en dicho acto.
 - B)** Amputación abierta urgente con drenaje de colecciones y antibioterapia empírica. Ingreso para estudio arteriográfico y revascularización diferida
 - C)** Intervención urgente, con amputación abierta y drenaje de colecciones y arteriografía en intención de tratar en el mismo acto.
 - D)** Ingreso con antibioterapia empírica para estudio arteriográfico y revascularización programada, difiriendo la amputación al menos 3 días tras la revascularización para garantizar una adecuada perfusión del pie.
- 15.-** Uno de los siguientes dispositivos para reparación endovascular de los aneurismas de aorta (EVAR) NO dispone de la posibilidad de anclaje suprarrenal:
- A)** Zenith (Cook)
 - B)** Talent (Medtronic)
 - C)** Excluder (Gore)
 - D)** E-tegra (ARTIVION)
- 16.-** Señale la que le parece actitud adecuada, según las guías “European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024”, en el manejo del paciente portador de aneurismas de aorta abdominal (AAA).
- A)** Paciente con angina estable, revascularización coronaria previa a reparación del AAA.
 - B)** Ergometría de rutina y eventual coronariografía a los pacientes que van a ser intervenidos de AAA.
 - C)** Reparación de estenosis carotídea severa asintomática, previa a cirugía del AAA.
 - D)** Empleo de estatinas 4 semanas previo a la reparación de un AAA.
- 17.-** En el manejo inicial de un paciente con sospecha de SAA, ¿qué medida terapéutica se recomienda prioritariamente?
- A)** Anticoagulación inmediata
 - B)** Control del dolor y la presión arterial
 - C)** Trombolisis
 - D)** Cirugía de emergencia sin estudios de imagen

- 18.- En la cirugía endovascular de la aorta torácica descendente proximal, la utilización de un marcapasos temporal
- A) Busca, mediante la sobreestimulación ventricular, un lárido aórtico ineficaz que facilite la exacta colocación de la endoprótesis aórtica
 - B) Busca controlar la bradicardia extrema provocada por el inflado de balones de conformación a nivel del ducto arterioso
 - C) Es un método más inseguro, que la inyección intravenosa de Adenosina, de provocar un lárido aórtico ineficaz
 - D) Tiene una duración de efecto menos predecible que la inyección intravenosa de Adenosina
- 19.- En el tratamiento de la eliminación de la vena safena menor o externa en la enfermedad venosa crónica...
- A) hay gran cantidad de evidencia de calidad y recomendaciones fuertes sobre la técnica a emplear
 - B) las técnicas no térmicas no tumescentes no ofrecen ventajas al evitar las lesiones neurológicas producidas por calor
 - C) la técnica de elección es la ligadura de la unión safeno-poplitea
 - D) en la ablación térmica de la vena safena menor o externa es importante localizar ecográficamente las estructuras nerviosas cercanas a la vena previo al procedimiento
- 20.- Un paciente con isquemia arterial aguda, con un déficit sensorial profundo y un déficit motor severo (parálisis), de acuerdo con la clasificación de isquemia aguda Rutherford, que grado presenta:
- A) Grado-I
 - B) Grado-IIa
 - C) Grado-IIb
 - D) Grado-III
- 21.- ¿En el caso de la cirugía abierta del AAA, en qué situación de las siguientes NO se ha sugerido que el abordaje retroperitoneal sea mejor que la vía anterior?
- A) Paciente con AAA y riñón en herradura.
 - B) Paciente con AAA inflamatorio
 - C) Paciente EPOC portador de AAA.
 - D) Paciente con AAA micótico.
- 22.- Indique de los siguientes enunciados, la respuesta falsa:
- A) Para pacientes sintomáticos con re-estenosis carotídea < 50%, se recomienda la mejor terapia médica.
 - B) Para pacientes sintomáticos con oclusión aterosclerótica extracraneal de la carótida interna, no se recomienda la realización de bypass extra-intracraneal.
 - C) Para la realización de stent carotídeo transfemoral, se recomienda al menos 12 procedimientos por año y cirujano en orden a mantener resultados óptimos.
 - D) Para pacientes asintomáticos con stent carotídeo y que desarrollan una re-estenosis > 70%, se recomienda terapia endovascular mediante angioplastia con balón.

- 23.- Se considera un bypass en alto riesgo de fracaso, según criterios hemodinámicos, si:
- A) VPS >300 cms/seg y Ratio de VPS > 3.5 (en el área de la estenosis) ó VPS en el trayecto del bypass < 45 cms/seg
 - B) VPS > 250 cms/seg y ratio de VPS > 3.5 (en el área de la estenosis) o VPS en el trayecto del bypass < 45 cms/seg
 - C) VPS >300 cms/seg y Ratio de VPS > 3.5 (en el área de la estenosis) ó VPS en el trayecto del bypass < 65 cms/seg
 - D) Ratio de VPS > 2.5 en el área de la estenosis independientemente de la VPS o VPS en el trayecto del bypass <45 cms/seg
- 24.- La tasa relativa de mortalidad a los 5 años de los pacientes amputados por Pie Diabético es del
- A) 70%
 - B) 55%
 - C) 40%
 - D) 32%
- 25.- Un transductor adecuado para la exploración de TSA sería de:
- A) 10MHz
 - B) 5-7.5 MHz
 - C) 3.5 MHz
 - D) 2 MHz
- 26.- En qué situaciones es muy aconsejable realizar una anastomosis término-lateral proximal en la revascularización quirúrgica aorto-bifemoral:
- A) En pacientes con oclusión de ambas arterias Iliacas Externas, pero Iliacas Comunes e Internas permeables
 - B) Cuando la arteria Mesentérica Inferior está severamente afectada
 - C) En mujeres
 - D) En los casos en que la Aorta terminal y/o ambas Iliacas Comunes están ocluidas
- 27.- En la cirugía endovascular de aneurismas toracoabdominales tipos 2 y 3 la inestabilidad de ramas
- A) Es inferior al 5% a 5 años
 - B) Es inferior al 10% a cinco años
 - C) Es inferior al 15 % a cinco años
 - D) Es superior al 15% a cinco años
- 28.- Con respecto a los factores implicados en la expansión y ruptura de los aneurismas de aorta abdominal, una es INCORRECTA:
- A) El tabaquismo activo aumenta el riesgo de ruptura
 - B) La ausencia de trombo intraaórtico se ha asociado con menor velocidad progresión del diámetro del AAA.
 - C) El tabaquismo activo se ha asociado a mayor velocidad en la progresión del AAA.
 - D) Los antecedentes familiares de AAA se han asociado con mayor riesgo de rotura de los AAA.

- 29.- El tratamiento del linfedema de extremidad...
- A) abarca la terapia descongestiva compleja que incluye el drenaje linfático manual y el vendaje multicapa, la terapia de compresión de mantenimiento, los cuidados de la piel y el ejercicio físico
 - B) el tratamiento de la obesidad no es mandatorio en estos pacientes
 - C) mediante microcirugía con anastomosis linfovenosas e implantación de ganglios permite eliminar la terapia descongestiva y de mantenimiento con compresión
 - D) mediante microcirugía con anastomosis linfovenosas e implantación de ganglios obtiene mejores resultados en el linfedema primario que en el secundario
- 30.- Respecto a la clasificación Wifl es falso que:
- A) Es un sistema de estratificación de los pacientes en base al tipo y severidad de lesión, isquemia e infección en el pie.
 - B) La valoración de la isquemia debe hacerse mediante datos hemodinámicos objetivos.
 - C) Ha sido validada y es altamente predictiva del riesgo de amputación a 1 año.
 - D) Se diseñó para ser utilizada exclusivamente en pacientes diabéticos.
- 31.- ¿Qué recomiendan las guías ESVS 2024 respecto a la embolización previa al EVAR?
- A) Embolización rutinaria de todas las ramas laterales
 - B) Embolización selectiva basada en el tamaño de las ramas
 - C) No se recomienda la embolización rutinaria previa al EVAR
 - D) Embolización obligatoria de la arteria mesentérica inferior
- 32.- Uno de estos síntomas es típico de un ataque isquémico transitorio. Señala cuál.
- A) Ceguera monocular transitoria
 - B) Disartria aislada
 - C) Migraña con afasia
 - D) Pérdida visual con afectación de la conciencia
- 33.- Según las guías ESVS 2024, ¿cuál es el nuevo umbral de diámetro recomendado para considerar la reparación quirúrgica de aneurismas de arteria ilíaca?
- A) 30 mm
 - B) 35 mm
 - C) 40 mm
 - D) 45 mm
- 34.- En la úlcera venosa la cirugía abierta mediante safenectomía y estrategia CHIVA demostraron en estudios randomizados...
- A) disminuir la recurrencia
 - B) acelerar el cierre
 - C) no tener influencia ni en el cierre ni en la cicatrización
 - D) estos estudios no han sido realizados
- 35.- Respecto a la restenosis de un stent carotídeo por encima del 70%, señale el enunciado FALSO.
- A) Es una condición benigna que no suele provocar eventos isquémicos
 - B) Su frecuencia se ha descrito entre el 4% y el 14% de los casos de stenting carotídeo
 - C) Su tratamiento primario más habitual es endovascular (re angioplastia con o sin nuevo stent)
 - D) La cirugía abierta de explante del stent carotídeo presenta resultados similares al tratamiento endovascular y menor tasa de restenosis a largo plazo

- 36.- Respecto del uso de stents en la femoral superficial:
- A) Su permeabilidad a 1 año es similar a la de un bypass fémoro-popliteo con vena.
 - B) Los protocolos de seguimiento hemodinámica para identificar y corregir reestenosis en estos pacientes, no han demostrado beneficio en términos de permeabilidad.
 - C) La tasa de TVR en estos pacientes es superior a la tasa de amputación.
 - D) Todas las opciones son falsas.
- 37.- En cuanto a los tratamientos intervencionistas de la TVP
- A) Una ventaja es que disminuyen el tiempo de tratamiento anticoagulante
 - B) Existe recomendación formal para la trombectomía de la trombosis polítea e infrapoplítea
 - C) Se debería considerar alguna estrategia para retirar el trombo en casos de TVP ilio-femoral sintomática en casos seleccionados
 - D) Es mandatorio el implante de stent ilíaco tras el tratamiento
- 38.- ¿Qué intervalo de seguimiento se recomienda para aneurismas de aorta abdominal de 30-39 mm de diámetro en pacientes varones?
- A) Cada 3 meses
 - B) Cada 6 meses
 - C) Anualmente
 - D) Cada 3 años
- 39.- Respecto al tratamiento extendido de la TVP, señale la opción falsa
- A) En pacientes con TVP no provocada, se recomienda el AAS como tratamiento extendido
 - B) En pacientes con TVP no provocada, se recomienda una re-evaluación del riesgo de hemorragia antes de continuar la anticoagulación más allá de los 3 meses
 - C) En pacientes con TVP proximal no provocada con riesgo de hemorragia moderado o bajo, se recomienda la anticoagulación más allá de los 3 meses, con re-evaluación periódica del riesgo de hemorragia
 - D) En pacientes con TVP proximal no provocada que requieran anticoagulación prolongada más allá de 3 meses, se debe considerar el tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa sobre los antagonistas de la vitamina K
- 40.- En la terapia de compresión de la úlcera venosa y el edema de miembros inferiores...
- A) la forma de evaluar la presión ejercida por los dispositivos de compresión en el paciente es midiendo la presión subvendaje "in vivo"
 - B) el índice de rigidez estática que define a los dispositivos de compresión como inelásticos es <10
 - C) los autovendajes de velcro no se pueden autoajustar
 - D) los vendajes multicomponentes que tienen componentes elásticos son dispositivos elásticos pues tienen un índice de rigidez >10
- 41.- El sistema Jetstream, es un sistema de aterectomía:
- A) Rotacional
 - B) Orbital
 - C) Direccional
 - D) Laser

- 42.-** Respecto a la epidemiología de la isquemia arterial aguda podemos afirmar que:
- A)** La verdadera incidencia de la isquemia aguda es en gran medida desconocida debido a las formas heterogéneas de presentación y tratamiento
 - B)** Datos históricos revela en Suecia y el Reino Unido una incidencia de un 0,5% cada 100.00 habitantes.
 - C)** La mortalidad hospitalaria ha aumentado en los últimos 10 años.
 - D)** Los procedimientos de cirugía abierta y la endovascular has estado estables en la actualidad.
- 43.-** El artículo 9 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, tiene como objetivo:
- A)** Establecer las condiciones para el nombramiento de personal estatutario temporal.
 - B)** Definir las funciones del personal sanitario.
 - C)** Regular la contratación de personal fijo
 - D)** Regular las relaciones laborales entre el personal y la administración.
- 44.-** Indique de los siguientes enunciados, el que no corresponde a ninguna recomendación de la Guía Europea sobre cirugía carotídea:
- A)** Para pacientes con síndrome de isquemia ocular confirmada y una estenosis carotídea ipsilateral del 50-99%, la endarterectomía o stent carotídeo NO debería ser considerada para prevenir la isquemia retiniana inducida por neovascularización.
 - B)** Para pacientes con endarterectomía carotídea no se recomienda el bloqueo rutinario del seno carotídeo.
 - C)** Para pacientes con endarterectomía, el uso de protamina para revertir el efecto anticoagulante de la heparina debería ser considerado.
 - D)** Para pacientes asintomáticos con coils (elongación) o kinking (plicatura) la cirugía de carótida NO se recomienda.
- 45.-** Según la clasificación WIfI, ¿cuál de las siguientes combinaciones no tiene un riesgo individual alto de amputación?
- A)** W0 I2 fl2
 - B)** W2 I1 fl 2
 - C)** W2 I2 fl 0
 - D)** W1 I2 fl 1
- 46.-** De los modelos de flujo arterial cerebral descritos, ¿Qué flujo considera que es anormal o patológico?
- A)** Flujo convergente
 - B)** Flujo reverso
 - C)** Flujo divergente
 - D)** Flujo de oscilación.

- 47.- Con respecto al tratamiento endovascular con stent carotídeo, indique el enunciado incorrecto:
- A) Para pacientes subsidiarios de stent carotídeo es recomendable un estudio de angio-TAC o angio-RMN para proporcionar información del arco aórtico y de la circulación intra-extracraneal.
 - B) El clopidogrel-75 debería comenzar 3-días antes o al menos una dosis de carga de 300mg en casos de urgencia.
 - C) La antiagregación doble con AAS y clopidogrel-75 debería continuar durante al menos 1 mes después del stent.
 - D) Para pacientes tratados con stent carotídeo, la perfusión de atropina intravenosa no se recomienda antes de la dilatación con balón de angioplastia para prevenir fenómenos de hipotensión, bradicardia o asistolia.
- 48.- Ante la realización de un angioTC, ¿cuál de los siguientes NO está considerado un factor de riesgo para nefropatía inducida por contrastes iodados?:
- A) Estenosis de arterias Renales
 - B) Mieloma múltiple
 - C) Insuficiencia cardiaca congestiva
 - D) Proteinuria grave
- 49.- Uno de los siguientes dispositivos para reparación endovascular de los aneurismas de aorta (EVAR) NO dispone de sistemas de anclaje (Hook/anchor/barb):
- A) Zenith (Cook)
 - B) Talent (Medtronic)
 - C) Excluder (Gore)
 - D) E-tegra (ARTIVION)
- 50.- En caso de indicación de revascularización coronaria con enfermedad carotídea combinada, ¿cuál de estas opciones NO sería adecuada?
- A) Se aconseja EDA carotídea previa (o concurrente), si la estenosis carotídea es sintomática
 - B) Se aconseja EDA carotídea posterior, si la estenosis carotídea es asintomática y unilateral
 - C) Se aconseja EDA carotídea previa (o concurrente), si la estenosis carotídea es asintomática y existe oclusión contralateral
 - D) Se aconseja EDA carotídea posterior, si la estenosis carotídea es asintomática y existe compromiso vertebrobasilar
- 51.- En el contexto del manejo perioperatorio de rAAA, ¿qué estrategia se recomienda para minimizar complicaciones isquémicas colónicas?
- A) Administración rutinaria de anticoagulantes
 - B) Monitoreo y manejo cuidadoso de la presión arterial
 - C) Uso de antibióticos profilácticos
 - D) Revascularización colónica preventiva

- 52.-** Respecto al estudio BASII-2 señale la respuesta errónea:
- A)** Comparó el resultado de la revascularización quirúrgica vs endovascular en pacientes que requerían revascularización a poplítea distal o vasos tibiales.
 - B)** Se incluyeron 345 pacientes de Reino Unido, Dinamarca y Suecia.
 - C)** La variable principal de resultado fue supervivencia libre de amputación en el seguimiento.
 - D)** Tras un seguimiento mínimo de 2 años, no hubo diferencias entre los grupos quirúrgico y endovascular.
- 53.-** El síndrome compartimental intrabdominal (SCA) es una consecuencia que acontece en determinados pacientes que son intervenidos de un aneurisma de aorta abdominal roto. Señale la afirmación INCORRECTA sobre este proceso patológico.
- A)** Factores asociados a la aparición de este cuadro clínico, son la necesidad de politransfusión, la pérdida de consciencia preoperatoria, el empleo de balón de oclusión aórtico, la hipertensión preoperatoria y el desarrollo de coagulopatía.
 - B)** El SCA se define como un aumento de la presión intraabdominal (PIA) > 20 mmHg asociado a fallo o insuficiencia de órgano diana.
 - C)** El SCA es una complicación devastadora que aparece aproximadamente en el 20% de los pacientes con AAA roto.
 - D)** En estudios como el SwedVasc Registry, la mortalidad por AAA roto fue casi el doble en pacientes con SCA respecto a los pacientes que no presentaron SCA.
- 54.-** Según la última guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cirugía Vascul ar (ESVS) sobre el tratamiento antitrombótico de las enfermedades vasculares, señale lo incorrecto:
- A)** A los pacientes con enfermedad arterial crónica sintomática de las extremidades inferiores se les recomienda un tratamiento antiplaquetario único para la prevención cardiovascular secundaria.
 - B)** En pacientes con enfermedad arterial sintomática crónica de las extremidades inferiores se debe considerar el clopidogrel (75 mg) como agente antiplaquetario de primera elección cuando se indica una terapia antiplaquetaria única para la prevención cardiovascular secundaria.
 - C)** Se recomienda que los pacientes con enfermedad arterial crónica sintomática de las extremidades inferiores reciban terapia antiplaquetaria dual para prevención cardiovascular secundaria.
 - D)** No se recomienda que los pacientes con enfermedad arterial crónica de las extremidades inferiores, sin otra indicación para la anticoagulación, reciban anticoagulación a dosis completa para la prevención cardiovascular secundaria.
- 55.-** En la cirugía abierta de los aneurismas de aorta toracoabdominal
- A)** La perfusión selectiva de las arterias viscerales y renales complica notablemente el procedimiento y ya no se considera indicado
 - B)** Se recomienda tan solo la perfusión selectiva del troncoceliaco y la arteria renal izquierda
 - C)** Se recomienda la perfusión selectiva de las arterias viscerales y renales.
 - D)** La perfusión selectiva de arterias viscerales y renales se considera contraindicada porque aumenta el riesgo de hipotermia y mortalidad

- 56.- Respecto de los aneurismas de vena cava inferior es falso:
- A) Es una entidad extremadamente infrecuente.
 - B) Se considera aneurismática una cava inferior superior a 4 cms de diámetro.
 - C) Su principal manifestación clínica es la trombosis.
 - D) El tratamiento quirúrgico es el más habitual mediante resección tangencial más venorrafia lateral o resección e interposición de injerto
- 57.- La actitud terapéutica correcta ante un cuadro de isquemia arterial aguda:
- A) Para los bebés y niños menores de 2 años con isquemia aguda de las extremidades, se recomienda un tratamiento conservador inicial con heparina.
 - B) En los niños en edad escolar con una fractura humeral supracondílea y una mano perfundida y sin pulso, la espera vigilante puede considerarse una alternativa a la exploración quirúrgica inmediata.
 - C) Para los bebés y niños con isquemia aguda que no respondan al tratamiento médico conservador, tanto fibrinólisis como cirugía abierta pueden valorarse.
 - D) Todas son correctas.
- 58.- ¿Qué organismo es responsable de la planificación y gestión del sistema sanitario en la Comunidad de Madrid según la ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. ?
- A) El Ayuntamiento de Madrid
 - B) La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
 - C) El Ministerio de Sanidad
 - D) La Asamblea de Madrid
- 59.- Respecto al tratamiento de TVP durante embarazo y puerperio
- A) Las heparinas no deben utilizarse durante la lactancia porque pasan a la leche materna
 - B) Las heparinas no pasan a la leche materna
 - C) Debido al estado protrombótico del puerperio, la anticoagulación debe mantenerse al menos 6 semanas después del parto
 - D) Es recomendable el recuento plaquetario, ya que la trombopenia inducida por heparina es más frecuente durante el embarazo
- 60.- La complicación más frecuente de los aneurismas viscerales, es:
- A) Rotura
 - B) Embolización
 - C) Trombosis
 - D) Pérdida de peso
- 61.- Dentro de las siguientes recomendaciones, respecto a la Isquemia crónica que amenaza la extremidad (CLTI por sus siglas en inglés), NO ES CIERTA según las guías del 2024 de la ESC <<(European Society of Cardiology)>>
- A) Debe ser atendida por un equipo de Cirugía Vasculat
 - B) Se debe promover siempre el ejercicio físico supervisado como tratamiento inicial mientras se revasculariza
 - C) Se debe revascularizar lo antes posible
 - D) En los pacientes con CLTI y úlceras se deben hacer descargas de la zona

- 62.- ¿Cuál de los siguientes parámetros no indicarían un intento de revascularización lo más precoz posible en un Pie Diabético con úlcera activa?
- A) Índice tobillo/brazo de 0,3
 - B) Presión arterial en tobillo de 60 mm Hg
 - C) Presión arterial en dedo de 25 mm Hg
 - D) Presión transcutánea de O₂ de 25 mm Hg
- 63.- No es factor de riesgo de isquemia tras realización de FAV
- A) Acceso vascular proximal
 - B) Sexo masculino
 - C) Diabetes Mellitus
 - D) Edad avanzada
- 64.- El riesgo de TVP está aumentado en los vuelos de larga distancia. Señala el enunciado INCORRECTO.
- A) Los factores de riesgo contemplados son: la inmovilización, los cambios de presión y la comida de los aviones
 - B) Los astronautas tienen mayor riesgo de trombosis yugular debido a la microgravedad
 - C) En pacientes de alto riesgo debe considerarse el uso profiláctico de heparina de bajo peso molecular.
 - D) El uso de medias cortas de compresión ha demostrado una disminución de la incidencia de TVP en vuelos intercontinentales
- 65.- En el tratamiento de la úlcera venosa...
- A) no es preciso evaluar la existencia de reflujo venoso superficial a la mayor brevedad posible.
 - B) no es preferente aplicar la terapia de compresión a la mayor brevedad posible.
 - C) el tratamiento con la fracción flavonoide purificada y micronizada ha demostrado que asociado a terapia de compresión reduce el tiempo de cicatrización en úlceras de tamaño grande y de más de seis meses de evolución
 - D) si la úlcera cicatriza con tratamiento de compresión, no es necesario continuar con la terapia de compresión hasta que la enfermedad venosa subyacente sea corregida o de forma indefinida si eso no fuera posible
- 66.- Respecto al efecto beneficioso en la claudicación del ejercicio de deambulación programada ¿cuál de las siguientes afirmaciones ES CIERTA?:
- A) No tiene efecto beneficioso
 - B) Produce una mejoría en la eficiencia del rendimiento muscular, al aumentar la extracción del oxígeno del flujo sanguíneo disponible
 - C) Provoca una marcada mejora en el flujo colateral de los miembros inferiores
 - D) Provoca un aumento del gasto cardíaco, que aumenta el flujo sanguíneo muscular, resultando en una mejora de la distancia de claudicación
- 67.- En pacientes con TVP e insuficiencia renal grave ¿qué HBPM estaría contraindicada para su tratamiento?
- A) Nadroparina
 - B) Bemiparina
 - C) Dalteparina
 - D) Enoxaparina

- 68.- Respecto a la Enfermedad Arterial Periférica (EAP), ¿qué afirmación NO ES CIERTA?:
- A) La prevalencia de la EAP aumenta con la edad
 - B) La prevalencia de la EAP es ligeramente superior en mujeres que en hombres a partir de los 75 años de edad.
 - C) La EAP es problema de salud grave, sobre todo en los países más desarrollados
 - D) Se espera que la EAP suponga una carga aún mayor en el futuro
- 69.- Respecto de la clasificación GLASS, señale el enunciado incorrecto.
- A) La clasificación GLASS parte de que el objetivo primario de la revascularización debe ser conseguir una línea de flujo directo de la ingle hasta el pie.
 - B) GLASS se basa en definir el "Target arterial path" (TAP), esto es, el recorrido arterial objetivo de mejor calidad en cada individuo.
 - C) Dicho TAP debe ser elegido en base al angiosoma de referencia en el pie.
 - D) La clasificación GLASS se ha diseñado fundamentalmente para correlacionar con los resultados de las técnicas endovasculares.
- 70.- Según la clasificación temporal propuesta por el IRAD y mencionada en las guías, ¿cuánto tiempo abarca la fase hiperaguda del SAA?
- A) Las primeras 12 horas
 - B) Las primeras 24 horas
 - C) Los primeros 3 días
 - D) La primera semana
- 71.-Cuál de las siguientes circunstancias NO se recomienda el tratamiento antibiótico sin cirugía en presencia de osteomielitis en un Pie Diabético, según la Guía del 2023 de la IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot)
- A) Osteomielitis en antepie sin absceso
 - B) Ausencia de enfermedad arterial periférica
 - C) Sin hueso expuesto
 - D) Infección concomitante de tejidos blandos
- 72.- Respecto al registro IRAD, señale la variable que NO se consideró predictora de mortalidad intrahospitalaria:
- A) Hipotensión
 - B) Ausencia de dolor torácico o de espalda
 - C) Afectación de ramas arteriales
 - D) Edad mayor de 70 años.
- 73.- Según el Documento Nacional de Consenso sobre actuaciones de mejora en la prevención y manejo del Pie Diabético en España (2020), ¿cuál de las siguientes NO ES una de las recomendaciones de No Hacer?:
- A) No utilizar el calzado habitual del paciente en presencia de una úlcera activa
 - B) No hacer cultivos sistemáticos de todas las úlceras, inicialmente
 - C) No utilizar antibióticos con fines profilácticos o de promover la cicatrización
 - D) No hacer curas de inmersión en pacientes diabéticos

- 74.- Respecto a la Arteritis de la Temporal o Arteritis de Células Gigantes (ACG): ¿Cuál de los siguientes NO ES un criterio diagnóstico según la American College of Rheumatology (1990)?
- A) Diplopia
 - B) Cefalea de reciente comienzo
 - C) Aumento de sensibilidad en el recorrido de la arteria temporal o disminución de pulso
 - D) Aumento de VSG > 50 mm/h
- 75.- ¿Cuál sería el tratamiento médico más adecuado en una arteritis de Takayasu en fase aguda?:
- A) Antiinflamatorios y antiagregantes
 - B) Glucocorticoides y prostaglandina E1
 - C) Glucocorticoides, y añadir ciclofosfamida y/o methotrexate si hay una recurrencia de los síntomas
 - D) Anticoagulación y control de la hipertensión arterial con IECAs
- 76.- Sobre los AAA inflamatorios, NO es correcto:
- A) La triada típica consiste en un AAA que presenta dolor lumbar o abdominal, pérdida de peso y aumento de reactantes de fase aguda.
 - B) Los AAA inflamatorios mediados por IgG4 tienen mayor riesgo de rotura.
 - C) Suele afectar a varones más jóvenes que los AAA degenerativos
 - D) Se aconseja tratamiento esteroideo, si es posible, previo a la reparación quirúrgica.
- 77.- En el tratamiento inicial de la isquemia aguda se recomienda
- A) Anticoagulación con heparina
 - B) Hidratación intravenosa y analgesia
 - C) Oxigenoterapia suplementaria
 - D) Todo lo anterior
- 78.- Con respecto a la epidemiología de la disección de aorta, señale la INCORRECTA:
- A) Es más frecuente el tipo A
 - B) Es más frecuente en el varón
 - C) La tipo B suele aparecer a edades más tempranas
 - D) La hipertensión arterial es el factor de riesgo más frecuente
- 79.- Es FALSO en cuanto a la relación del AAA en pacientes con riñón en herradura:
- A) Se deben preservar todas las arterias renales anómalas de > 3 mm diámetro
 - B) El abordaje abierto recomendado es el retroperitoneal izquierdo
 - C) Se recomienda el tratamiento abierto frente al endovascular en la mayoría de los casos
 - D) Es más frecuente en hombres que en mujeres
- 80.- ¿Qué experiencia deben tener los centros que ofrecen reparación de aneurismas aórticos complejos según las guías ESVS 2024?
- A) Solo experiencia en cirugía abierta
 - B) Solo experiencia en EVAR
 - C) Experiencia combinada en cirugía abierta y reparación endovascular fenestrada/ramificada
 - D) No se requiere experiencia específica

- 81.-** Respecto de las lesiones de la arteria femoral común:
- A)** El tratamiento endovascular se recomienda como de primera elección.
 - B)** El tratamiento quirúrgico se limita exclusivamente a oclusiones completas.
 - C)** Debe evitarse la colocación de stents que pasen sobre el ostium de la femoral profunda.
 - D)** Los stents cubiertos son de preferencia sobre los no cubiertos.
- 82.-** ¿Qué justifica el aumento del umbral de diámetro para la reparación de aneurismas ilíacos según las nuevas guías?
- A)** Mayor riesgo de ruptura
 - B)** Tasas de crecimiento lentas y bajo riesgo de ruptura por debajo de 40 mm
 - C)** Mejores resultados quirúrgicos
 - D)** Preferencia de los pacientes
- 83.-** Según las Global Guidelines para el abordaje de la isquemia crónica amenazante de la extremidad, se considera un paciente de riesgo quirúrgico intermedio aquel con:
- A)** Una mortalidad quirúrgica estimada inferior al 1% y una supervivencia a 2 a superior al 70%
 - B)** Una mortalidad quirúrgica estimada inferior al 5% y una supervivencia a 2 años superior al 50%.
 - C)** Una mortalidad quirúrgica estimada superior al 5% y una supervivencia 2 años superior al 50%.
 - D)** Una mortalidad quirúrgica estimada superior al 5% y una supervivencia a 2 años inferior al 50%
- 84.-** ¿Qué tratamiento indicaría a un paciente que presenta trombosis de la rama derecha de un injerto aortobifemoral a los 2 años de su realización?:
- A)** Derivación iliofemoral
 - B)** Nueva derivación aortobifemoral
 - C)** Trombectomía y extensión a Femoral Profunda
 - D)** Trombectomía endovascular e implante de stent distal
- 85.-** Un paciente de 75 años operado de laringe, asintomático neurológico, pendiente de cirugía por aneurisma de aorta, presenta en un estudio eco-doppler de troncos supraaóxicos una PSV de 125 cm/s y un ratio de PSV carótida interna/ carótida común de 2,5. De acuerdo con estos hallazgos hemodinámicos, lo apropiado en este paciente sería:
- A)** Operarle de una endarterectomía carotídea antes de la cirugía periférica.
 - B)** Instaurar el mejor tratamiento médico con AAS y estatinas.
 - C)** Se trata de una estenosis significativa, pero que puede operarse después de la cirugía vascular.
 - D)** Colocarle un stent carotídeo dado que presenta riesgo ateroembólico durante la cirugía.
- 86.-** El síndrome de Eagle o calcificación de la apófisis estiloides, se ha relacionado con todas estas situaciones EXCEPTO CON UNA. Señálela
- A)** Ateromatosis carotídea grave
 - B)** Compresión de arteria carótida
 - C)** Hematoma carotídeo intramural
 - D)** Disección carotídea aguda

- 87.- Según las guías ESVS 2024, ¿cuándo se puede considerar discontinuar la vigilancia de aneurismas de aorta abdominal pequeños?
- A) Nunca, la vigilancia debe ser de por vida
 - B) Después de 10 años de seguimiento estable
 - C) Solo si el aneurisma disminuye de tamaño
 - D) En pacientes que probablemente no alcancen el umbral de reparación en su expectativa de vida
- 88.- En la cirugía abierta de los aneurismas de aorta toracoabdominal
- A) La perfusión selectiva de los MMII aumenta el riesgo de rabdomiolisis
 - B) La perfusión selectiva de las arterias iliacas disminuye el riesgo de paraplejía
 - C) La perfusión selectiva de las arterias de los MMII provoca notable aumento del tercer espacio y esta contraindicada
 - D) La perfusión selectiva de la arteria femoral izquierda aumenta las complicaciones isquémicas
- 89.- En pacientes de bajo riesgo y anatomía aórtica favorable esta indicado el tratamiento endovascular de un aneurisma de aorta torácica descendente
- A) Si el aneurisma de aorta torácica descendente mide más de 50 mm
 - B) Si el aneurisma de aorta torácica descendente mide más de 55 mm
 - C) Si el aneurisma de aorta torácica descendente mide más de 60 mm
 - D) Si el aneurisma de aorta torácica descendente mide más de 65 mm
- 90.- Señala el enunciado FALSO respecto al tratamiento invasivo de la TVP
- A) La trombolisis con catéter intratrombo ofrece mejores resultados que la anticoagulación o la trombolisis sistémica
 - B) La trombolisis intratrombo presenta una incidencia elevada de embolismo pulmonar
 - C) La trombolisis intratrombo presenta un riesgo de sangrado entre el 6% y el 11% in las series clínicas
 - D) Debe comenzarse con el tratamiento anticoagulante antes de iniciar el tratamiento invasivo
- 91.- No se considera contenido mínimo de la historia clínica cuando no haya hospitalización o así se disponga:
- A) Consentimiento informado
 - B) Hoja de interconsulta
 - C) Evolución
 - D) Ordenes médicas
- 92.- Para aneurismas ilíacos, ¿qué técnica quirúrgica se recomienda como superior?
- A) Cirugía abierta
 - B) EVAR
 - C) Cirugía laparoscópica
 - D) Ninguna técnica se considera generalmente superior a la otra

- 93.- Un hombre de 50 años acude remitido a urgencias por presentar de manera espontánea un cuadro de miosis con ptosis palpebral y monoparesia del miembro superior derecho de varias horas de evolución. No presenta antecedentes personales de interés salvo HTA. ¿Cuál sería la primera sospecha diagnóstica?:
- A) Enfermedad de Takayasu.
 - B) Arteritis de Células Gigantes.
 - C) Disección de carótida interna.
 - D) Enfermedad de Beçhet.
- 94.- En el diagnóstico por eco-doppler de la TVP
- A) El trombo fresco ffresco es más ecogénico que el antiguo
 - B) La presencia de flujo venoso modulado con la excursión respiratoria, traduce posible oclusiones proximales
 - C) La ausencia de compresibilidad del vaso a la compresión es un signo sencillo de reproducir y específico para el diagnóstico de TVP
 - D) La presencia de onda A positiva es patognomónico de TVP
- 95.- Señale la opción correcta a propósito del tratamiento fibrinolítico en la isquemia aguda
- A) Se recomienda la fibrinólisis intravenosa
 - B) En el grado 2A de Rutherford puede ser una alternativa a la cirugía
 - C) Es el tratamiento de elección en el grado 1 de Rutherford
 - D) En el grado 3 de Rutherford está indicada si se aplica precozmente
- 96.- Señala la opción CORRECTA respecto al tratamiento de la TVP
- A) La deambulación temprana puede incrementar el riesgo de embolismo pulmonar
 - B) El tratamiento con medias elásticas de compresión entre 20 y 30 mmHg, está indicado en el tratamiento agudo de la TVP
 - C) En caso de TVP idiopática el tratamiento warfarínico debe ser mayor de tres meses y mantener un INR entre 2.5 y 3.5
 - D) Según las recomendaciones del Standard Europeo, la duración del tratamiento con medias elásticas debe ser de dos años
- 97.- En pacientes de riesgo estándar con aneurismas yuxtarenales o pararenales, ¿qué recomienda la guía ESVS 2024?
- A) Solo cirugía abierta
 - B) Solo tratamiento endovascular
 - C) Considerar tanto cirugía abierta como tratamiento endovascular
 - D) No tratar quirúrgicamente
- 98.- La ablación de la vena safena con cianocrilato médico...
- A) es la técnica de elección en el tratamiento de la vena safena interna
 - B) es un implante permanente que puede asociarse con efectos secundarios producidos por reacciones de hipersensibilidad o granulomas a cuerpo extraño
 - C) necesita anestesia tumescente
 - D) la embolización del cianocrilato médico a distancia no es posible

- 99.-** La infección de un parche carotídeo es muy infrecuente, pero la mayor parte de los casos reportados se relaciona con:
- A)** Parches de Dacron
 - B)** Parches de PTFE
 - C)** Parches de pericardio bovino
 - D)** Parches de vena
- 100.-** En el tratamiento de la enfermedad venosa crónica, la escleroterapia ecoguiada con espuma ...
- A)** es la técnica mas usada en pacientes con úlcera venosa, estadios avanzados de enfermedad venosa crónica y varices recidivadas
 - B)** el método de fabricación de la espuma y las estrategias de inyección están estandarizadas y aceptadas mundialmente
 - C)** las concentraciones de esclerosantes no dependen del diámetro de la vena que vayamos a eliminar
 - D)** aspirar antes de inyectar y la guía por ultrasonidos no son esenciales en esta técnica
- 101.-** En una persona con Diabetes y sospecha de osteomielitis del pie, considere inicialmente la combinación de las siguientes pruebas EXCEPTO
- A)** Velocidad de sedimentación globular
 - B)** Prueba de sonda a hueso (Probe-to-Bone)
 - C)** Resonancia magnética
 - D)** Procalcitonina
- 102.-** La afectación vascular mas característica de ciclistas es:
- A)** Sd Paget-Schroetter
 - B)** Sd compartimental crónico.
 - C)** Endofibrosis de arteria iliaca.
 - D)** Sd de atrapamiento poplíteo.
- 103.-** Paciente diabético tipo II, que acude a urgencias presentando úlcera neuropática plantar a nivel de cabeza de 1er metatarsiano. En la base de la úlcera se observa la cortical de dicho metatarsiano y existe drenaje franco de material purulento, con halo de celulitis de unos 7 cms y dolor a la palpación plantar del pie. El paciente se encuentra afebril. Según la clasificación de IDSA de infección en Pie Diabético, se trata de una infección:
- A)** Leve
 - B)** Moderada
 - C)** Moderada-Severa
 - D)** Severa
- 104.-** En general, el tratamiento de elección en la isquemia aguda en la infancia es
- A)** Anticoagulación sistémica
 - B)** Fibrinólisis loco-regional
 - C)** Cirugía abierta
 - D)** Tromboaspiración

- 105.-** Cuando hablamos del área tridimensional de tejido en el pie, donde asienta una úlcera o lesión, que depende de uno a varios ejes arteriales adyacentes y que debe ser nuestro objetivo de revascularización, estamos refiriéndonos al concepto de:
- A)** Angiosoma
 - B)** Woundsoma
 - C)** Inflamasoma
 - D)** Arteriosoma
- 106.-** Qué relación categoría-frecuencia de cribado del Pie Diabético, basada en la buena práctica clínica, es INCORRECTA según la clasificación de riesgo del IWGDF 2023 (International Working Group on the Diabetic Foot)
- A)** Categoría 0, una vez cada 9 meses
 - B)** Categoría 1, una vez cada 6 meses
 - C)** Categoría 2, una vez cada 3 meses
 - D)** Categoría 3, una vez cada mes
- 107.-** Señala la opción INCORRECTA respecto al valor diagnóstico del d-dímero en la TVP
- A)** Su valor predictivo negativo es similar al del Eco-doppler venoso de MMII en pacientes con baja probabilidad pretest
 - B)** Su mayor utilidad se da en los pacientes con baja probabilidad pretest.
 - C)** En los pacientes con elevada probabilidad pretest la determinación de d-dímero no es efectiva
 - D)** Su valor predictivo negativo es del 80% en pacientes con baja probabilidad pretest
- 108.-** Un paciente de 79 años acude por episodios de “drop-attacks” (caídas al suelo) e inestabilidad a la marcha. La exploración muestra una diferencia tensional entre brazos de 160mmHg vs 110mmHg. ¿Qué patología sospecharía que presenta como responsable de la clínica?
- A)** Una estenosis carotídea bilateral.
 - B)** Una lesión del Tronco Braquiocefálico
 - C)** Una trombosis de arteria vertebral.
 - D)** Una trombosis de arteria subclavia.
- 109.-** las técnicas de ablación térmica de la vena safena mayor o interna como el endolaser y la radiofrecuencia...
- A)** son mas coste-efectivas que la safenectomía
 - B)** son menos coste efectivas que la terapia de compresión en los pacientes con varices sintomáticas
 - C)** es un tratamiento de segunda elección en el tratamiento de la incompetencia de la vena safena mayor o interna del muslo
 - D)** esta indicado siempre en el tratamiento de la vena safena mayor o interna infragenicular
- 110.-** En la cirugía endovascular de aneurismas toracoabdominales tipos 2 y 3 la tasa de reintervención
- A)** Es inferior al 10% a 5 años
 - B)** Es inferior al 15% a cinco años
 - C)** Es superior al 25 % a cinco años
 - D)** Es inferior al 20% a cinco años

- 111.-** Según las guías ESVS 2024, ¿qué se recomienda respecto al uso de EVAR en pacientes con anatomía compleja y esperanza de vida prolongada?
- A)** EVAR es siempre la mejor opción
 - B)** La cirugía abierta con una anastomosis por debajo de las arterias renales y un tiempo corto de clampaje renal puede ser una opción preferible y más duradera en pacientes en buen estado físico con un cuello aórtico corto
 - C)** EVAR con dispositivos fenestrados/ramificados es la única opción válida
 - D)** El tratamiento conservador es preferible
- 112.-** La anatomía quirúrgica de las arterias vertebrales se ha dividido tradicionalmente en cuatro segmentos, indique qué segmento anatómico corresponde cuando la arteria vertebral se encuentra entre las apófisis transversas cervicales de C6 a C2:
- A)** Segmento V1
 - B)** Segmento V2
 - C)** Segmento V3
 - D)** Segmento V4
- 113.-** Qué arteria no suele encontrarse participando en la colateralidad compensadora que se desarrolla en una oclusión aorto-iliaca
- A)** Mamaria Interna
 - B)** Hemorroidales
 - C)** Mesentérica Superior
 - D)** Esplénica
- 114.-** ¿Qué umbral de diámetro se recomienda para considerar la reparación de aneurismas aórticos complejos en mujeres?
- A)** > 45 mm
 - B)** > 50 mm
 - C)** > 55 mm
 - D)** > 60 mm
- 115.-** Entre los factores de riesgo para el Sd. Compartimental tras revascularización de una isquemia aguda no se considera
- A)** Isquemia > 6h
 - B)** Edad avanzada
 - C)** Niveles elevados de CK (>5000-10000)
 - D)** Balance de fluidos muy positivo
- 116.-** Según las guías ESVS 2024, ¿qué se recomienda respecto a la recopilación de datos de seguimiento a largo plazo de dispositivos EVAR actualizados?
- A)** No es necesario el seguimiento a largo plazo
 - B)** Seguimiento de 5 años en registros prospectivos
 - C)** Recopilación de datos de durabilidad de 10 años en registros prospectivos
 - D)** Solo seguimiento en casos de complicaciones

- 117.-** Durante la realización de una derivación aorto-bifemoral, en la disección anterior de la arteria Femoral Profunda aparece un sangrado venoso. ¿Cuál es el origen más probable del sangrado?:
- A)** La vena Femoral Profunda
 - B)** La vena Pudenda Externa
 - C)** La vena Circunfleja Femoral Lateral
 - D)** La vena Circunfleja Femoral Medial
- 118.-** Paciente que presenta una lesión ulcerosa extensa en antepie, profunda, con exposición ósea, acompañada de celulitis franca perilesional y drenaje de material purulento. El IT/B es de 0,75 y la TcPo2 de 56 mm Hg. Según las estimaciones de la clasificación Wiffl, el riesgo de amputación a un año de este paciente es:
- A)** Muy bajo
 - B)** Bajo
 - C)** Medio
 - D)** Alto
- 119.-** La clasificación de Gray-Weale caracteriza las placas de ateroma carotídeo según su calidad ultrasonográfica. ¿Qué enunciado es FALSO?
- A)** Las placas tipo V son ecogénicas
 - B)** Las placas tipo III son predominantemente ecogénicas
 - C)** Las placas tipo I son ecolucentes
 - D)** Las placas tipo II son predominantemente ecolucentes
- 120.-** Según las guías ESVS 2024, ¿qué tipo de aneurismas se consideran dentro de la categoría de "aneurismas aórticos complejos"?
- A)** Solo aneurismas yuxtarenales
 - B)** Aneurismas de cuello corto, yuxtarenales, suprarrenales y tipo IV toracoabdominales
 - C)** Únicamente aneurismas suprarrenales
 - D)** Aneurismas infrarrenales con diámetro > 70 mm
- 121.-** ¿Qué variantes de la clasificación anatómica de Natsis contienen una arteria subclavia derecha aberrante?
- A)** Los tipos V y VIII
 - B)** Los tipos V y IX
 - C)** Los tipos V y X
 - D)** Los tipos V y XI
- 122.-** En la evaluación de los resultados de efectividad de los tratamientos invasivos de pacientes con enfermedad venosa crónica superficial...
- A)** Los resultados reportados por el paciente a través de los cuestionarios de calidad de vida específicos como el CIVIQ y generales como el SF-36 no forman parte de esa evaluación
 - B)** los resultados anatómicos no requieren del examen ecodoppler, tan solo de la exploración física
 - C)** la recidiva varicosa se debe tanto a un fallo de estrategia y técnica en la cirugía original como a la progresión de la enfermedad venosa
 - D)** las técnicas endovenosas tienen una incidencia menor de recidiva que la cirugía abierta

- 123.-** Señale la INCORRECTA sobre las fístulas aortoentéricas:
- A) Las fístulas primarias son menos frecuentes que las secundarias y suelen deberse a la presencia de aneurismas de aorta.
 - B) Afectan habitualmente a la porción final del duodeno
 - C) La triada clásica consiste en sangrado gastrointestinal, dolor abdominal y masa pusátil abdominal
 - D) El estudio MAEFISTO es un registro que recoge las fístulas secundarias a la reconstrucción abierta de los AAA.
- 124.-** En el diagnóstico del linfedema de extremidad inferior...
- A) la imagen de panal de abeja en la ecografía del tejido celular subcutáneo del miembro inferior afectado no es característica del linfedema
 - B) la linfogammagrafía isotópica de miembros inferiores no es la prueba de elección para la confirmación del diagnóstico de linfedema
 - C) no es necesario evaluar mediante un examen ecodoppler venoso la existencia de enfermedad en el sistema venoso
 - D) El signo de stemmer es característico del linfedema pero su ausencia no descarta la presencia de linfedema
- 125.-** Respecto a la profilaxis antibiótica en Cirugía Vascul, señala la opción INCORRECTA
- A) La profilaxis primaria está indicada en todas las cirugías donde se implante una prótesis vascular o un stent endoluminal
 - B) La manera más habitual de efectuar la profilaxis primaria es con un solo antibiótico y se debe administrar una hora antes de realizar la incisión
 - C) Las guías recomiendan no prolongar la profilaxis primaria más allá de 24 horas después del final de la cirugía
 - D) En caso de alta prevalencia de S aureus meticilin resistente las guías recomiendan profilaxis primaria con vancomicina o con teicoplanina
- 126.-** En la terapia de compresión de la úlcera venosa ...
- A) solo los dispositivos inelásticos contrarrestan la hipertensión venosa ambulatoria
 - B) No es necesaria una presión de trabajo elevada por encima de 60 mm de hg
 - C) la única presión importante es la ejercida durante el reposo
 - D) la presión de reposo elevada producida por los dispositivos elásticos se tolera perfectamente durante el descanso nocturno
- 127.-** Señale el enunciado INCORRECTO respecto al uso de medias elásticas en el tratamiento del síndrome postflebítico
- A) El cumplimiento terapéutico es muy elevado en el paciente ambulatorio
 - B) La deambulación asociada a elastoterapia mejora el dolor y el edema respecto al reposo en cama
 - C) El uso de medias altas de compresión >30 mm Hg en los dos años posteriores a una TVP proximal, reduce la incidencia de síndrome postflebítico un 50%
 - D) En caso de síndrome postflebítico establecido, el uso crónico de medias de compresión clase III reduce la recurrencia ulcerosa
- 128.-** En la valoración del riesgo de úlcera de un Pie Diabético, ¿qué exploración NO ES necesaria?
- A) El test de Semmes-Weinstein
 - B) El test Probe To Bone (PTB)
 - C) El test de sensibilidad propioceptiva
 - D) El test del diapason

- 129.-** La compresión de la vena renal izquierda a su paso por la pinza aortomesentérica...
- A)** puede causar varices en el plexo útero-ovárico y producir clínica de congestión pélvica como dolor pélvico crónico
 - B)** no se produce en mujeres jóvenes, nulíparas y delgadas
 - C)** en el examen ecodoppler y en el Flebotac es raro observar la dilatación de la vena ovárica izquierda que actúa como circulación colateral
 - D)** entre los tratamientos invasivos posibles no se encuentra la embolización de la vena ovárica izquierda y de las varices del plexo útero-ovárico, así como el stent renal
- 130.-** Según la Clasificación de Riesgo del IWGDF 2023, un paciente que presente una deformidad establecida en el pie y asocie una enfermedad arterial oclusiva de dicha extremidad, presenta un riesgo de ulceración:
- A)** Muy bajo
 - B)** Bajo
 - C)** Moderado
 - D)** Alto
- 131.-** Según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cirugía Vascul ar sobre el tratamiento de la isquemia aguda de las extremidades:
- A)** En el caso de pacientes con isquemia aguda de miembros sometidos a terapia endovascular, no se recomienda la guía ecográfica para el acceso arterial.
 - B)** En el caso de pacientes con isquemia aguda de miembros de grado IIa de Rutherford, se recomienda considerar la trombólisis dirigida por catéter como una alternativa a la cirugía.
 - C)** En el caso de pacientes con isquemia aguda de miembros sometidos a trombólisis, se recomienda utilizar activador tisular del plasminógeno recombinante mejor que la uroquinasa.
 - D)** En el caso de pacientes sometidos a trombólisis por isquemia aguda de miembros, se recomienda la heparinización terapéutica sistémica continua.
- 132.-** Señale la correcta en la clasificación de Mattox y Wall, respecto al grupo de pacientes con lesiones de la aorta torácica:
- A)** Categoría 1 son pacientes hemodinámicamente estables y tienen una contusión aórtica y un hematoma contenido.
 - B)** Categoría 2 son pacientes que llegan al servicio de urgencias con inestabilidad hemodinámica.
 - C)** Categoría 3 son pacientes que sufren lesiones masivas y fallecen en el lugar del accidente.
 - D)** Ninguna de las anteriores es correcta.
- 133.-** Según el artículo 11, de la investigación y docencia, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, quienes promoverán las actividades de investigación y docencia en todos los centros sanitarios, como elemento esencial para el progreso del sistema sanitario y de sus profesionales:
- A)** Las Administraciones educativas, en coordinación con las Administraciones sanitarias.
 - B)** Las Administraciones sanitarias, en coordinación con las Administraciones educativas.
 - C)** Las Administraciones públicas, en coordinación con las Administraciones educativas.
 - D)** Las Administraciones educativas, en coordinación con las Administraciones públicas.

- 134.-** En relación con la cirugía combinada carotídea y coronaria, y las últimas recomendaciones de la Guía Europea es falso:
- A)** Para pacientes sintomáticos carotídeos con una estenosis del 50-99% y pendientes de bypass coronario, una intervención carotídea previa o sincrónica NO debería ser considerada.
 - B)** Para pacientes asintomáticos con una estenosis carotídea unilateral del 70-99% y pendientes de bypass coronario, NO se recomienda una intervención carotídea para prevención de ictus.
 - C)** Para pacientes pendientes de bypass coronario con lesión carotídea unilateral asintomática y con oclusión de la carótida interna contralateral, una cirugía previa o sincrónica carotídea puede ser considerada.
 - D)** En pacientes cardiológicos programados para bypass coronario, un screening carotídeo debería considerarse en pacientes >70 años con antecedentes de accidentes isquémicos transitorios, ictus o soplos carotídeos.
- 135.-** Según las guías ESVS 2024, ¿qué factor puede justificar un seguimiento más frecuente en aneurismas de aorta abdominal pequeños?
- A)** Edad avanzada del paciente
 - B)** Género femenino
 - C)** Tasa de crecimiento rápido
 - D)** Hipertensión controlada
- 136.-** Con respecto al diagnóstico y tratamiento de las lesiones carotídeas, indique la respuesta falsa:
- A)** Se debe recomendar el screening rutinario de lesiones carotídeas en pacientes asintomáticos.
 - B)** Para pacientes sintomáticos pendientes de endarterectomía carotídea la monoterapia con AAS a bajas dosis (100mg) es recomendada frente al uso de altas dosis (300mg)
 - C)** Para pacientes tratados con endarterectomía o stent carotídeo la doble antiagregación plaquetaria no se recomienda a largo plazo, al menos que haya otros problemas cardíacos o indicaciones vasculares.
 - D)** Para pacientes sintomáticos con estenosis del 50-99%, que presentan secuelas de un ictus (Rankin score ≥ 3) o que presentan grandes áreas de infarto, se recomienda diferir la intervención carotídea para minimizar el riesgo post-operatorio de hemorragia parenquimal.
- 137.-** En la cirugía de aorta toracoabdominal, el drenaje del líquido cefalorraquídeo
- A)** Tiene un riesgo inferior al uno por mil de provocar complicaciones neurológicas.
 - B)** Busca aumentar la presión de perfusión medular, disminuyendo la presión del LCR.
 - C)** Busca disminuir la presión de perfusión medular, aumentando la presión del LCR.
 - D)** Busca disminuir la presión del LCR, para disminuir el riesgo de enclavamiento.
- 138.-** Ante un paciente que ha sido intervenido por presentar una isquemia aguda en la pierna derecha y en el postoperatorio inmediato presenta intenso dolor en dicha extremidad unido a un severo empastamiento gemelar con pérdida de motilidad en el pie se debería pensar en:
- A)** Nueva isquemia aguda.
 - B)** Trombosis venosa profunda
 - C)** Síndrome compartimental.
 - D)** Infección severa.

- 139.-** En el tratamiento de compresión de la enfermedad venosa crónica
- A)** las recomendaciones de las guías de practica clínica son fuertes y basadas en una evidencia de alta calidad en el tratamiento de todos los estadios de la enfermedad
 - B)** es frecuente la falta de adherencia al tratamiento
 - C)** la terapia de compresión no depende de un correcto funcionamiento de la bomba muscular para producir su efecto
 - D)** la terapia de compresión no disminuye la presión intersticial, ni mejora el flujo linfático, ni tiene un efecto antiinflamatorio a nivel de la microcirculación
- 140.-** Uno de los siguientes ensayos clínicos NO compara la técnica abierta frente endovascular en los aneurismas de aorta abdominal
- A)** ENGAGE
 - B)** DREAM
 - C)** OVER
 - D)** ACE
- 141.-**Cuál de las siguientes SÍ ES una recomendación en el tratamiento de la úlceras del Pie Diabético (UPD), según la Guía del 2023 de la IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot)
- A)** Utilizar fenitoína tópica para la curación de heridas en úlceras del pie relacionadas con la diabetes
 - B)** Utilizar productos sustitutivos de injertos de piel autóloga como terapia coadyuvante para la cicatrización de heridas en pacientes con UPD
 - C)** Cosiderar el uso de ozono como tratamiento asociado el tratamiento estándar para la cicatrización de heridas en personas con UPD
 - D)** Considerar el uso del apósito impregnado de octasulfato de sacarosa como adyuvante, además del mejor estándar de tratamiento, en UPD no infectadas
- 142.-** Aproximadamente un 50% de los pacientes con disección tipo B no intervenida presentará crecimiento de la aorta durante el seguimiento. Uno de los siguientes NO se asocia a crecimiento del diámetro de la aorta durante el seguimiento:
- A)** Hipertensión.
 - B)** Diámetro aórtico global de 3 cm en la fase aguda.
 - C)** Origen del flap mayor de 1 cm.
 - D)** Falsa luz parcialmente trombosada
- 143.-** Según la clasificación de Crawford de los aneurismas toracoabdominales
- A)** Los aneurisma toracoabdominales tipo IV precisan ventilación unipulmonar
 - B)** Los aneurismas toracoabdominales tipo 3 exigen sección radial del diafragma
 - C)** Los aneursimas toracoabdominales tipo 2 exigen sección circular del diafragma
 - D)** Los aneurismas toracoabdominales tipo 2 necesitan una abordaje intraperitoneal
- 144.-** Señala la opción INCORRECTA
- A)** El riesgo de malignidad está elevado en caso de TVP idiopática
 - B)** Los estudios de trombofilia están inindicados en TVPs idiopáticas y recurrentes.
 - C)** La flebografía ascendente ya no se usa como prueba diagnóstica y se reserva para estudios de investigación
 - D)** Los estudios de trombofilia no suelen indicarse de entrada en las trombosis secundarias

- 145.-** Con respecto el diagnóstico de las lesiones carótideas, indique el enunciado falso:
- A)** El ecodoppler es una técnica diagnóstica vascular muy sensible y específica para oclusiones carótideas.
 - B)** El angioTAC y la angio RMN son técnicas diagnósticas menos específicas que el ecodoppler para el diagnóstico de estenosis carótideas.
 - C)** En pacientes subsidiarios de endarterectomía carotídea se recomienda que la estimación de la estenosis por eco-doppler se corrobore mediante otras pruebas de imagen (angio-TAC o angio-RMN).
 - D)** La angiografía carotídea no debería realizarse de primera elección, al menos que exista discrepancia significativa entre las otras pruebas de imagen.
- 146.-** ¿Con cuál de estas variantes anatómicas del arco aórtico de la clasificación de Natsis, se corresponde con el tronco bovino?
- A)** Tipo I
 - B)** Tipo II
 - C)** Tipo III
 - D)** Tipo IV
- 147.-** ¿Cuál es la recomendación actualizada sobre el cierre abdominal en pacientes con rAAA y sospecha de desarrollar un síndrome compartimental según las guías ESVS 2024?
- A)** Cierre primario inmediato
 - B)** Cierre asistido por vacío con tracción de malla
 - C)** Cierre diferido sin asistencia
 - D)** Uso exclusivo de sutura continua
- 148.-** En caso de TVP en paciente oncológico
- A)** El tratamiento clásico de elección son las HBPM
 - B)** Los anti vit. K no se recomiendan de forma general, salvo que no haya alternativa
 - C)** Los anticoagulantes de acción directa tienen el inconveniente de aumento de riesgo de sangrado en pacientes con cáncer gastrointestinal o génitourinario
 - D)** Todas las aseveraciones son correctas
- 149.-** Si un paciente acude a consulta con una úlcera venosa, secuela de una antigua TVP, de acuerdo con la escala validada de Villalta presenta:
- A)** Un síndrome postrombótico grave.
 - B)** Un síndrome postrombótico moderado.
 - C)** Un síndrome postrombótico leve.
 - D)** Un síndrome postrombótico medio.
- 150.-** ¿Qué complicación es más frecuente en el SAA tipo A no tratado?
- A)** Isquemia mesentérica
 - B)** Taponamiento cardíaco
 - C)** Insuficiencia renal aguda
 - D)** Accidente cerebrovascular

PREGUNTAS DE RESERVA

- 151.-** En los estudios observacionales de población se ha observado que la enfermedad venosa crónica...
- A)** es una enfermedad crónica y progresiva en la que en torno a un 30% de los afectados empeoran de estadio cada año
 - B)** se asocia con un incremento de la morbimortalidad cardiovascular en los estadios avanzados (estadio C3-C6).
 - C)** es mas frecuente y dolorosa en hombres
 - D)** la obesidad, el sedentarismo, el tipo de trabajo y los factores hormonales no influyen en esta enfermedad
- 152.-** Según las recomendaciones de las Global Guidelines para el abordaje de la isquemia crónica amenazante de la extremidad, en presencia de afectación multinivel (aorto-iliaca e infrainguinal), la revascularización combinada en un solo acto estaría indicada en:
- A)** Pacientes en que la revascularización proximal pueda hacerse de forma endovascular.
 - B)** Pacientes en que la revascularización infrainguinal pueda hacerse de forma endovascular.
 - C)** En pacientes en estadios Wifl avanzados (Wifl 3 y 4).
 - D)** En cualquier paciente con afectación combinada.
- 153.-** En el tratamiento de la TVP
- A)** La mayoría de guías clínicas recomiendan HBPM + Anti Vit. K
 - B)** En enfermos con enfermedad renal avanzada son de elección los Anticoagulantes de acción directa (ACOD)
 - C)** En casos de hepatopatía avanzada hay que tener precaución con el uso de dabigatran por su metabolismo principalmente hepático
 - D)** Deben evitarse los ACOD en pacientes con Sd. Antifosfolípido de alto riesgo
- 154.-** Con respecto al manejo terapéutico de las lesiones carotídeas, señale la respuesta incorrecta:
- A)** Para pacientes sintomáticos con estenosis del 50%-99% que vayan a ser intervenidos, ésta debería ser realizada tan pronto como pueda ser posible y preferiblemente <14 días desde los síntomas.
 - B)** Para aquellos pacientes con estenosis del 50-99% que presentan un ictus en evolución o ataques de AIT in crescendo una endarterectomía urgente debería ser considerada preferiblemente en las primeras 24h.
 - C)** Para pacientes sintomáticos con estenosis del 50-99% que han sufrido un ictus isquémico y recibieron trombolisis intravenosa, la endarterectomía o stent debería demorarse al menos 6 días.
 - D)** Para pacientes con síntomas isquémicos recientes carotídeos y evidencia de trombo flotante, la trombolisis intravenosa está recomendada.
- 155.-** Un paciente que en el estudio arteriográfico presenta una estenosis de femoral superficial de unos 15 cms de longitud, con poplítea y TTP permeables y una oclusión corta de <3cms de longitud en el vaso tibial que constituye su TAP (Target arterial path) se encontraría en un estadio GLASS
- A)** 0
 - B)** I
 - C)** II
 - D)** III

- 156.-** Paciente de 75 años de edad, diabético tipo II y dislipémico, exfumador. Presenta una lesión trófica digital (5º dedo) de varias semanas de evolución, seca, sin datos de infección. Presión maleolar de 45 mm Hg y TcPO₂ de 28 mm Hg. En el estudio arteriográfico se evidencia una femoral superficial arrosariada, con una oclusión corta (unos 3 cms) a nivel del canal de Hunter, poplítea con lesiones estenóticas. Oclusión de arteria tibial anterior desde el origen, con TTP que presenta una estenosis crítica de toda su longitud. Origen de peronéa y TP lesionadas, con ambas arterias permeables desde tercio proximal en toda su longitud. El estudio ecográfico de la safena interna de dicha extremidad, muestra una vena de 4 mm de diámetro, homogéneo. Según los resultados del estudio BEST-CLI, la mejor estrategia en este paciente sería:
- A)** By-pass fémoro-distal (preferiblemente a tibial posterior) con vena safena.
 - B)** Tratamiento endovascular de femoral superficial y bypass poplíteo-tibial posterior con vena safena.
 - C)** Tratamiento endovascular en el sector fémoro-poplíteo
 - D)** Tratamiento endovascular completo fémoro-poplíteo y tibial, garantizando una línea directa de flujo al pie.
- 157.-** En el diagnóstico de la isquemia arterial crónica que afecta al sector aorto-iliaco, ¿qué afirmación NO ES CIERTA?:
- A)** El primer método diagnóstico complementario a realizar es el índice tobillo/brazo
 - B)** La medición de la presión sanguínea en el dedo o el índice dedo/brazo suele ser necesario en pacientes con enfermedad renal crónica asociada
 - C)** El eco-doppler se recomienda como único método diagnóstico previo a la revascularización en dicho sector
 - D)** En pacientes sintomáticos con enfermedad multisegmentaria, el angioTAC y/o Resonancia Magnética se necesita como prueba de imagen previa a la revascularización
- 158.-** Los síndromes venosos pélvicos ...
- A)** son siempre sintomáticos a nivel abdominal
 - B)** se deben tratar de forma invasiva siempre, sean o no sintomáticos a nivel abdominal
 - C)** un mismo síndrome venoso pélvico puede producir diferentes cuadros clínicos, y la misma clínica puede estar causada por diferentes síndromes venosos pélvicos
 - D)** la literatura ha definido claramente puntos de corte para las pruebas de diagnóstico complementario que permite diferenciar unos síndromes venosos pélvicos de otros
- 159.-** En la clínica de la enfermedad venosa crónica...
- A)** los síntomas son específicos y patognomónicos de esta enfermedad
 - B)** los signos están localizados típicamente en la cara interna del tercio distal del muslo
 - C)** la inflamación crónica en la microcirculación producida por la hipertensión venosa crónica es responsable de gran parte de los síntomas y signos
 - D)** las molestias no empeoran con la bipedestación prolongada y en las épocas de calor

160.- Un paciente de 82 años acude a urgencias por un episodio transitorio de afasia y hemiparesia derecha. Un eco-doppler informa de una estenosis del 60% de la carótida interna izquierda y una estenosis del 60% de la carótida interna derecha. ¿Cuál sería la actitud terapéutica correcta?

- A)** Prescribir el mejor tratamiento médico con estatinas y doble antiagregación plaquetaria.
- B)** Poner estatinas, adiro-100mg (AAS) y operar la carótida izquierda.
- C)** Poner estatinas, adiro-100mg (AAS) y recomendar la endarterectomía de ambas carótidas.
- D)** Poner estatinas, anticoagulación y corrección de factores de riesgo cardiovascular.