

1. **En el test de Stradness para el diagnóstico de la claudicación intermitente:**
- A) El aumento de la presión tras la realización del test de considera indicativo de isquemia crítica.
  - B) La medición del ITB nunca debe realizarse antes de caminar en la cinta.
  - C) La caída mayor del 50% sin recuperación posterior es indicativo de claudicación de origen arterial.
  - D) Aunque el paciente tenga angor de mínimos esfuerzos, puede realizarse.
2. **Señale la opción FALSA respecto al tratamiento de la disección tipo B:**
- A) A menos que haya un aneurisma extenso, la resección debe limitarse a la aorta descendente proximal.
  - B) El tratamiento médico debe de incluir la combinación de un betabloqueante y un vasodilatador.
  - C) En caso de optar por el tratamiento endovascular como primera opción terapéutica, se desaconseja la colocación de stents descubiertos sobre el desgarró de entrada dentro de la luz aórtica verdadera proximal.
  - D) La mortalidad a los 30 días con tratamiento médico es mayor que la mortalidad tras reparación abierta.
3. **Los aneurismas de la aorta toracoabdominal se clasifican anatómicamente principalmente por el grado de afectación aórtica, que se asocia con la complejidad quirúrgica de la reparación. Así, la clasificación de Crawford distingue cinco tipos. Uno de los enunciados es erróneo, señálelo:**
- A) Crawford tipo I, distal a la arteria subclavia izquierda por encima de las arterias renales.
  - B) Crawford tipo II, distal a la arteria subclavia izquierda por debajo de las arterias renales.
  - C) Crawford tipo IV, aorta abdominal completa.
  - D) Crawford tipo III, debajo del sexto espacio intercostal justo por encima de las arterias renales.
4. **Respecto al examen físico del cuello y extremidades en pacientes con antecedente traumático, todas las afirmaciones son ciertas EXCEPTO una, señálela:**
- A) Un hematoma de expansión rápida o pulsátil, un soplo carotídeo, y las venas dilatadas del cuello sugieren el diagnóstico de una FAV carotídea-yugular.
  - B) Las FAV subclavias, axilares y braquiales pueden manifestarse con déficit del pulso, anomalías de la presión arterial, hinchazón del brazo, o isquemia de la mano.
  - C) La presencia de síntomas de descompensación cardíaca nos descartará fístula arteriovenosa carotídea-yugular.
  - D) El signo de Nicoladoni-Branham se obtiene al explorar una fístula arteriovenosa.
5. **Señale la respuesta falsa respecto al fundamento de las estrategias quirúrgicas en el síndrome varicoso:**
- A) ASVAL – técnica química.
  - B) Safenectomía supragenicular – técnica hemodinámica.
  - C) Esclerosis con polidocanol de troncos safenos – técnica química.
  - D) Cianocrilato – técnica química.
6. **Con respecto al síndrome del estrecho torácico, sólo una de las siguientes opciones es VERDADERA, señálela:**
- A) Más del 70% son hombres.
  - B) La mayor incidencia es la del subtipo venoso.
  - C) Las tres maniobras de provocación que deben hacerse son la de Adson, Roos y Elvey.
  - D) Cuando se hace cirugía supraclavicular es raro encontrar el nervio frénico.

7. **¿Cuál es el tratamiento recomendado en un paciente ex fumador, con un control adecuado de sus factores de riesgo, que no mejora con el tratamiento médico adecuado ni con el ejercicio y que claudica a distancias NO invalidantes?:**
- A) Sustituir el antiagregante.
  - B) Iniciar ciclos con prostanoides.
  - C) Estudio de revascularización y proceder a la misma.
  - D) Comprobar que el tratamiento sea el adecuado y que sigue las recomendaciones. Explicarle al paciente y a la familia la situación. No operar.
8. **De conformidad con el artículo 72.6, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, ¿cuándo prescriben las faltas graves?:**
- A) A los 4 años.
  - B) A los 2 años.
  - C) A los 6 meses.
  - D) A los 12 meses.
9. **Todos los siguientes son riesgos asociados a la compresión ecoguiada de un pseudoaneurisma (PSA) femoral MENOS:**
- A) Trombosis de la vena o arteria femoral.
  - B) Embolización distal.
  - C) Incomodidad del paciente.
  - D) Ruptura del PSA.
10. **Todas las afirmaciones sobre la interrupción de la vena cava inferior con filtro de Greenfield son ciertas, EXCEPTO:**
- A) Su permeabilidad a los 5 años es superior al 90%.
  - B) La tasa de recurrencia de embolismo pulmonar (EP) a los 5 años es inferior al 4%.
  - C) La incidencia de complicaciones es inferior a la de la interrupción quirúrgica.
  - D) La presencia de trombo "flotante" en el sector ilio-femoral es indicación absoluta para su colocación.
11. **Sobre el tratamiento endovascular en sector distal, ¿qué respuesta es correcta?:**
- A) Es recomendable emplear dispositivos recubiertos de fármaco tras la angioplastia simple.
  - B) En la mayoría de las ocasiones precisaremos implantar un stent.
  - C) Los stent liberadores de fármaco pueden considerarse en el tratamiento de los segmentos proximales de los ejes distales.
  - D) En caso de calcificación, el tratamiento endovascular debe desestimarse.
12. **Con respecto a la clasificación CEAP de la insuficiencia venosa crónica, el edema estaría en el estadio:**
- A) C3.
  - B) C4a.
  - C) C4b.
  - D) C5.
13. **Sobre la angioplastia en una arteria, señale la respuesta correcta:**
- A) El diámetro del balón no debe ser superior al diámetro de la arteria.
  - B) Si la lesión no es oclusiva, no es preciso emplear una guía de soporte.
  - C) La anticoagulación no es precisa si se prevé un procedimiento corto.
  - D) La punción ecoguiada solo es precisa si no se palpa pulso.

14. **En relación a la isquemia crítica de la extremidad, ¿qué le parece correcto?:**  
 A) Se debe dar un compás de espera hasta que se controle el dolor y la infección.  
 B) Antes de pensar en una revascularización, y en caso de lesiones, se debe tener resultados de los cultivos de la lesión.  
 C) En la isquemia crítica de la extremidad la revascularización no debe demorarse. Esto es más cierto ante la coexistencia de lesiones e infección y el grado de las mismas.  
 D) Independientemente del grado de lesión e infección, la amputación debe realizarse tras la revascularización de la extremidad.
15. **Según la clasificación de DeBakey la disección tipo IIIa se refiere a la disección que:**  
 A) La disección se origina en la aorta descendente y se limita a ella.  
 B) La disección se origina y se limita a la aorta ascendente.  
 C) La disección se origina en la aorta ascendente, se extiende a través del arco aórtico y continúa hacia la aorta descendente y/o la aorta abdominal en una distancia variable.  
 D) La disección involucra extensiones descendentes y variables de la aorta abdominal.
16. **Con respecto a la clasificación CEAP de la insuficiencia venosa crónica, la úlcera cicatrizada estaría en el estadio:**  
 A) C4b.  
 B) C4c.  
 C) C5.  
 D) C6.
17. **La etiología más frecuente de la claudicación gemelar en un paciente no fumador y menor de 30 años de edad es:**  
 A) Arteriosclerosis.  
 B) Poliarteritis nodosa.  
 C) Síndrome de atrapamiento poplíteo.  
 D) Enfermedad de Takayasu.
18. **En una de las siguientes situaciones está indicado la colocación de un filtro de vena cava inferior. Señálela:**  
 A) TVP/TEP con contraindicación de anticoagulación.  
 B) TVP/TEP con complicaciones de la anticoagulación.  
 C) En pacientes con alto riesgo quirúrgico y episodio reciente de TVP/TEP.  
 D) Todas son ciertas.
19. **En relación a los traumatismos de las extremidades, señale la opción FALSA:**  
 A) El uso de shunt temporales está contraindicado en los traumatismos vasculares.  
 B) En las extremidades con lesiones arteriales, otros tejidos se lesionan con una frecuencia variable.  
 C) Las tasas de amputación en pacientes con lesiones vasculares de extremidades oscilan entre el 7% y el 30%.  
 D) El diagnóstico de lesiones en pacientes que presentan solo "signos blandos" de lesión vascular es más difícil.
20. **¿Qué personal sanitario debe realizar la exploración ecográfica abdominal en un programa de cribado de aneurisma de aorta abdominal?:**  
 A) Aquel que esté cualificado por entrenamiento, experiencia y resultados comprobados.  
 B) El radiólogo.  
 C) El angiólogo y cirujano vascular.  
 D) El médico de familia.

21. De conformidad con el artículo 62.1, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, ¿cuál de las siguientes situaciones no está contemplada en el Registro General de situaciones del personal estatutario fijo?:
- A) Servicios especiales.
  - B) Suspensión de funciones.
  - C) Excedencia voluntaria.
  - D) Excedencia por servicio en el sector privado.
22. Respecto a los siguientes anticoagulantes, todas las afirmaciones son correctas, EXCEPTO:
- A) El Dabigatrán es un inhibidor directo de la trombina, con un metabolismo en el 85% de excreción renal.
  - B) El Rivaroxabán es un inhibidor del factor Xa, con un metabolismo en 66% de excreción renal y 33% excreción hepática.
  - C) El Apixabán es un inhibidor directo de la trombina, con un metabolismo 66% excreción renal y 33% excreción hepática.
  - D) El Fondaparinux causa, tras unirse a la antitrombina III, la neutralización del Factor Xa.
23. Señale la afirmación CORRECTA respecto a la evolución y pronóstico de los traumatismos de las extremidades inferiores:
- A) La tasa de amputaciones es más elevada en los traumatismos penetrantes.
  - B) La estabilización de la lesión se realizará siempre antes que la reconstrucción vascular.
  - C) Planteamos una fasciotomía “profiláctica” en aquellos casos de isquemia aguda de menos de 6 horas y abundante circulación colateral.
  - D) La fasciotomía de las extremidades inferiores se realiza con mayor frecuencia tras la lesión de la arteria poplítea.
24. Con respecto a la disección aórtica, señale la opción FALSA:
- A) El inicio de la disección aguda suele ocurrir con mayor frecuencia entre las 6 y las 12 am, sobre todo, en invierno.
  - B) El embarazo se asocia con un riesgo cuatro veces mayor de disección aórtica y rotura.
  - C) El síntoma de presentación más común de la disección aórtica aguda es el dolor.
  - D) En la patogenia del síndrome de mala perfusión si hay afectación mesentérica es raro el infarto intestinal.
25. Señale la respuesta correcta respecto a las fístulas arteriovenosas (FAV) post-traumáticas:
- A) Son más frecuentes en las punciones para accesos izquierdos.
  - B) Las FAV inguinales generalmente son asintomáticas.
  - C) La ecografía dúplex es el estudio de imagen de elección y demuestra el patrón de flujo sistólico-diastólico característico con arterialización de la señal venosa.
  - D) Todas son verdaderas.
26. Señale la respuesta falsa respecto al fundamento de las estrategias quirúrgicas en el síndrome varicoso:
- A) ASVAL – técnica hemodinámica.
  - B) Safenectomía supragenicular – técnica hemodinámica.
  - C) Endoláser– técnica termoablativa.
  - D) Cianocrilato – técnica mecánico-química.
27. ¿Cuál de los siguientes tipos de aneurismas arteriales infectados NO corresponde a la clasificación según su etiología?:
- A) Arteritis microbiana.
  - B) Pseudoaneurismas infectados postraumáticos.
  - C) Infección de un aneurisma aterosclerótico preexistente por bacteriemia.
  - D) Aneurisma micótico.

28. Paciente varón de 65 años ex-fumador, dislipémico en tratamiento con estatina y con HTA controlada con dos fármacos. No otros antecedentes de interés. Refiere tras dos años de claudicación no invalidante, aparición de dolor en reposo en MID, con ITB de 0.3, angioTAC que muestra en MID una obstrucción de la arteria iliaca externa y de arteria femoral común, con permeabilidad femoropoplítea y distal. En MII está asintomático, con un ITB de 0.9 y mostrando permeabilidad de todo el eje. ¿Qué tratamiento de los siguientes le parece el correcto?:
- A) By pass extra-anatómico.  
 B) Prostaglandinas intravenosas.  
 C) Endarterectomía femoral, recanalización y stent de arterial iliaca externa.  
 D) Tratamiento endovascular iliaco y femoral.
29. Con respecto a las lesiones vasculares a nivel cervical, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:
- A) Ante un paciente con un traumatismo cervical y la presencia de signos “duros” debemos de sospechar una lesión vascular.  
 B) Las lesiones de la vena subclavia ocurren en el 50% de las lesiones penetrantes de la subclavia.  
 C) Ante un paciente con un traumatismo cervical y la presencia de signos “suaves” debemos de sospechar una lesión vascular.  
 D) La incidencia de traumatismos vasculares importantes tras una lesión cervical penetrante es del 20%.
30. Durante la exploración de la aorta abdominal, es cierto que:
- A) Identificar la vena renal nos ayuda a determinar, en caso de la existencia de un aneurisma, la afectación suprarrenal del mismo.  
 B) No es preciso que al paciente le expliquemos el sentido de la prueba, con tal de decírselo a su familiar es suficiente.  
 C) La sonda ideal es la de alta frecuencia, dada la localización retroperitoneal en profundidad de la aorta.  
 D) Si existe dificultad en diferenciar la cava de la aorta, nos ayudará el comprobar que la aorta es fácilmente compresible y presenta un flujo monofásico.
31. Todos los síndromes siguientes se asocian a malformaciones vasculares de alto flujo, EXCEPTO uno, señálelo:
- A) Síndrome de Parkes-Weber.  
 B) Telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Osler-Weber-Rendu.  
 C) Síndrome de Klippel-Trénaunay.  
 D) Síndrome de Cobb.
32. Ante una estenosis carotídea asintomática superior al 75%, ¿en cuál de los siguientes supuestos usted propondría cirugía de revascularización?:
- A) Siempre.  
 B) En un paciente fumador pero con buena expectativa de vida.  
 C) En un paciente exfumador, con buena expectativa y progresión de la lesión a pesar del mejor tratamiento médico.  
 D) Nunca.
33. Respecto a la estadificación GLASS (Global Limb Anatomic StageSystem), seleccione, de los siguientes enunciados, la opción FALSA:
- A) En lesiones estadio I, el fallo técnico esperado es inferior al 10% y la permeabilidad con flujo directo al pie esperada a 12 meses es superior al 70% con el tratamiento endovascular.  
 B) Una oclusión del tronco tibioperoneo aislada es considerada una lesión estadio III o de alta complejidad para tratamiento endovascular.  
 C) Oclusiones de arteria femoral superficial superiores a 20 cm son consideradas estadio II o de complejidad intermedia para tratamiento endovascular.  
 D) En lesiones estadio III o de alta complejidad, el fallo técnico esperado es superior al 20% y la permeabilidad con flujo directo al pie esperada a 12 meses es inferior al 50% con el tratamiento endovascular.

34. **En aquellos casos con lesiones extensas o en los que la revascularización se augure compleja (estadios avanzados en la clasificación GLASS/Wiffl), con afectación infragenicular y en pacientes ASA II:**
- A) La opción endovascular es la inicial, siempre y cuando evitemos “cerrar las puertas” a una cirugía convencional.
  - B) Si el paciente tiene vena disponible, la opción del by pass debe ser considerada inicialmente.
  - C) La cirugía abierta siempre será mejor opción, aunque sea empleando una prótesis.
  - D) La cirugía endovascular sería la primera opción, teniendo en cuenta que el implante de un stent será mandatorio.
35. **Las mejoras en las imágenes torácicas y la disponibilidad de la reparación endovascular de los aneurismas torácicos han provocado un aumento en las reparaciones de estos aneurismas, especialmente entre pacientes mayores de 75 años. Las directrices europeas establecen una serie de pautas, ¿cuál es FALSA?:**
- A) La reparación de estos aneurismas está indicada cuando el diámetro máximo de éstos excede los 5,5 cm o si se produce una expansión rápida (>5 mm en 6 meses).
  - B) Se debe considerar un umbral de diámetro mayor en pacientes con mayor riesgo quirúrgico debido a comorbilidades y edad.
  - C) La reparación de estos aneurismas está indicada cuando el diámetro máximo de éstos excede los 7 cm o si se produce una expansión rápida (>5 mm en 6 meses).
  - D) En los aneurismas saculares puede justificarse el tratamiento con diámetro < 5,5 cm.
36. **¿Cuándo sí se debe demorar una cirugía o tratamiento endovascular de una estenosis carotídea sintomática entre el 50 y el 99%?:**
- A) Cuando el área de infarto exceda de un tercio del territorio de la arteria cerebral media (riesgo de transformación hemorrágica).
  - B) Nunca.
  - C) Cuando el área de infarto exceda de un cuarto del territorio de la arteria cerebral media (riesgo de transformación hemorrágica).
  - D) Todas son falsas.
37. **Varón de 54 años, sin antecedentes de interés, que tras accidente de tráfico presenta lesión en arteria poplítea con sección completa de la misma y hemorragia activa. Fractura desplazada de platillo medial de tibia y peroné. Antes estos hallazgos, señale cuál considera la opción terapéutica más razonable:**
- A) Observación y vigilancia.
  - B) Cirugía mediante abordaje posterior.
  - C) Cirugía mediante abordaje medial.
  - D) Cirugía mediante técnicas endovasculares.
38. **Señale el enunciado VERDADERO respecto al tratamiento de las lesiones traumáticas en las extremidades:**
- A) El manejo de los traumatismos de la arteria poplítea es conservador.
  - B) La exposición más adecuada de la arteria poplítea lesionada es el abordaje posterior.
  - C) Ante una lesión de la arteria radial y una prueba de Allen que revela arco palmar permeable, no se debe ligar la arteria lesionada.
  - D) El tratamiento de elección en un traumatismo de la arteria femoral común es la reparación endovascular.
39. **Señale cuál es la localización más frecuente de aneurismas a nivel aórtico:**
- A) Aorta ascendente.
  - B) Arco aórtico.
  - C) Aorta torácica.
  - D) Aorta infrarrenal.

40. **Anatómicamente, la disección aórtica se clasifica según la ubicación del desgarro intimal y la extensión de la aorta involucrada en la disección. Hay dos esquemas de clasificación utilizados para describir las disecciones aórticas, con respecto a ellos señale aquello que no es cierto:**
- A) Una disección tipo A de Stanford abarca disecciones tipo I y II de DeBakey.
  - B) Una disección tipo B de Stanford abarca disecciones tipo III A y III B de DeBakey.
  - C) Una disección tipo B de Stanford abarca disecciones tipo III A, III B y III C de DeBakey.
  - D) Ni la clasificación de DeBakey ni la de Stanford se dirigen a pacientes cuyo desgarro de entrada se origina en el arco aórtico entre las arterias innominada y subclavia izquierdas.
41. **El fundamento de la estrategia CHIVA para el tratamiento del síndrome varicoso es:**
- A) Cerrar los puntos de fuga y fragmentar la columna de presión.
  - B) Eliminar la vena safena interna.
  - C) Evitar la flebitis superficial de los shunts veno-venosos.
  - D) Reducir el tiempo de encamamiento a dos días.
42. **En el seguimiento del stent carotídeo, ¿qué velocidad de pico sistólico se encuentra asociada con una estenosis entre 50%-79%?:**
- A) 50 cm/s.
  - B) 150 cm/s.
  - C) 200 cm/s.
  - D) 250 cm/s.
43. **En la realización de un eco doppler en el seguimiento de un aneurisma de aorta es fundamental:**
- A) Determinar la longitud en cm del aneurisma y el diámetro anteroposterior.
  - B) Realizar siempre la misma sistemática en la medición de este aneurisma.
  - C) Realizar la medida con la modalidad de eco doppler color.
  - D) Que la exploración la realice siempre el mismo explorador.
44. **Con respecto al manejo del aneurisma de aorta abdominal roto una de las siguientes opciones es falsa, señálela:**
- A) La reparación endovascular se ha convertido en la técnica preferida para la reparación de estos aneurismas en pacientes con anatomía adecuada.
  - B) Los datos del ensayo IMPROVE demostraron que las longitudes de cuello más cortas se asociaron con una mayor mortalidad, tanto en pacientes con cirugía abierta como con cirugía endovascular.
  - C) El síndrome compartimental abdominal después de la reparación endovascular aumenta la mortalidad y se asocia con el uso de un balón de oclusión aórtica, transfusiones de sangre masivas, coagulopatía e inestabilidad hemodinámica.
  - D) La anestesia local para la reparación endovascular del aneurisma roto, en el ensayo IMPROVE no reduce la mortalidad a los 30 días en comparación con la anestesia general.
45. **En los traumatismos con afectación arterial, señale cuál de estas lesiones aumenta de forma significativa el riesgo de amputación de la extremidad:**
- A) Lesión nerviosa.
  - B) Lesión venosa.
  - C) Fractura ósea conminuta.
  - D) Escaso déficit de tejido blando.

169

222

207

331

172

443

46. **Con respecto a la endarterectomía carotídea y sus complicaciones neurológicas locales, señale la opción VERDADERA:**
- A) La lesión del nervio laríngeo recurrente o vago produce parálisis de la cuerda vocal contralateral y se manifiesta como ronquera y pérdida de un mecanismo eficaz para la tos.
  - B) Los nervios craneales que pueden afectarse son: el hipogloso, el laríngeo recurrente, el laríngeo superior, el mandibular marginal, el glossofaríngeo y el accesorio espinal.
  - C) La disfunción del nervio craneal es la complicación neurológica más rara de la endarterectomía carotídea.
  - D) La disfunción del nervio hipogloso se manifiesta por debilidad de la lengua y desviación hacia el lado contrario al afectado.
47. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la arteritis de células gigantes?:**
- A) La arteritis temporal afecta principalmente a ancianos.
  - B) La arteritis de células gigantes es más frecuente en el sexo femenino.
  - C) La arteritis de Takayasu es más frecuente en ancianos varones.
  - D) La arteritis de Takayasu afecta principalmente a personas jóvenes, sobre todo mujeres.
48. **De conformidad con el artículo 12, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de las profesiones sanitarias, ¿cuál de los siguientes no es un principio rector de la actuación formativa y docente en el ámbito de las profesiones sanitarias?:**
- A) La colaboración entre el Consejo Interterritorial de Salud y los centros sanitarios públicos y privados.
  - B) La concertación de las universidades y de los centros docentes de formación profesional y las instituciones y centros sanitarios, a fin de garantizar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran.
  - C) La disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.
  - D) La consideración de los centros y servicios sanitarios, también, como centros de investigación científica y de formación de los profesionales, en la medida que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines.
49. **Señale la respuesta falsa respecto al fundamento de las estrategias quirúrgicas en el síndrome varicoso:**
- A) ASVAL – técnica hemodinámica.
  - B) Endoláser – técnica termoablativa.
  - C) Esclerosis con vapor de agua – técnica ablativo-química.
  - D) Cianocrilato – técnica química.
50. **Sobre un programa de cribado de aneurisma en mujeres, ¿qué enunciado le parece correcto, basándonos en la evidencia?:**
- A) Está indicado en mujeres con edad superior a los 70 años.
  - B) Un programa de detección de aneurisma de aorta abdominal en mujeres mayores de 65 años no parece coste-eficaz.
  - C) Está indicado solamente en aquellos casos en los que la mujer sea fumadora.
  - D) Un programa de cribado está indicado en mujeres fumadoras y claudicantes.
51. **Ante una estenosis carotídea asintomática superior al 75%, ¿en cuál de los siguientes supuestos usted NO valoraría una cirugía de revascularización?:**
- A) Progresión de placa ateromatosa superior al 20% anual.
  - B) Isquemia silente en una resonancia magnética nuclear de parénquima cerebral hace 4 meses.
  - C) Paciente con cáncer de páncreas en terapia paliativa.
  - D) Caracterización de la placa ateromatosa como vulnerable o de riesgo.



52. **En relación a los nuevos sistemas o dispositivos que se van incorporando a nuestro armamentario endovascular:**
- A) Fuera de un ensayo clínico, los dispositivos que no estén avalados por una mínima evidencia a nivel arterial periférico no deberían ser empleados en el tratamiento de la isquemia crítica.
  - B) Son fundamentales y prioritarios para tratar desde ya a nuestros pacientes.
  - C) Los dispositivos que tienen resultado a nivel coronario pueden ser empleados a nivel periférico.
  - D) Realmente, con lo que tenemos disponible en la actualidad, la llegada de nuevos dispositivos no aporta nada nuevo.
53. **Respecto a la tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger, señale la opción CIERTA:**
- A) La incidencia es mayor en la cuenca mediterránea, Europa Central y África.
  - B) A diferencia de las vasculitis sistémicas, la tromboangeítis obliterante afecta a las extremidades sin asociar afectación cerebral, cardíaca o visceral.
  - C) Los criterios diagnósticos de Shionoya incluyen, además de la edad inferior a 45 años y el tabaquismo, la presencia de unos hallazgos arteriográficos típicos (afectación distal con colaterales en "sacacorchos").
  - D) La flebitis migrans puede ser un "signo temprano" de la enfermedad y suele estar presente en hasta el 60% de los pacientes durante el curso de la misma.
54. **¿Cuál es la indicación más frecuente de conversión a cirugía abierta tras reparación endovascular (EVAR)?:**
- A) Endofuga con crecimiento de aneurisma.
  - B) Infección protésica.
  - C) Anclaje suprarrenal del dispositivo utilizado para EVAR.
  - D) Aneurisma inflamatorio.
55. **Usted va a realizar una endarterectomía carotídea según la técnica clásica, ¿qué material utilizaría para el cierre de la arteriotomía?:**
- A) Protésico.
  - B) Autólogo.
  - C) El que esté disponible.
  - D) Ninguno de los anteriores.
56. **Sobre el cronograma de seguimiento del AAA:**
- A) Los aneurismas con diámetro inferior a 30 mm deben de ser revisados a los 24 meses.
  - B) Los aneurismas con diámetro comprendido entre 30 y 35 mm no tienen por qué revisarse.
  - C) Los aneurismas con diámetro comprendido entre 40-50 mm se aconseja sean revisados al menos cada 24 meses.
  - D) Un aneurisma en paciente no candidato a cirugía por cualquier motivo debe de ser revisado cada 5 años.
57. **Con respecto a la clasificación CEAP de la insuficiencia venosa crónica, la pigmentación estaría en el estadio:**
- A) C3.
  - B) C4a.
  - C) C4b.
  - D) C4c.

58. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta respecto a los aneurismas inflamatorios?:**
- A) Pueden asociarse con obstrucción ureteral.
  - B) En los cortes axiales del TAC se visualiza una reacción fibrótica alrededor del aneurisma a modo de "corteza".
  - C) La reparación endovascular de los aneurismas inflamatorios no produce una regresión de la inflamación peri-aneurismática y la fibrosis.
  - D) Las complicaciones más frecuentes asociadas con la cirugía abierta son perforación duodenal y lesión ureteral.
59. **De conformidad con lo establecido en el artículo 21.2, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?:**
- A) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del Gerente del Servicio Murciano de Salud para que confirme o revoque la decisión.
  - B) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.
  - C) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud para que confirme o revoque la decisión.
  - D) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud para que confirme o revoque la decisión.
60. **¿Cuál de estos factores de trombofilia es el más frecuente en la población general?:**
- A) Déficit de antitrombina III.
  - B) Déficit de proteína C.
  - C) Factor V Leyden homocigoto.
  - D) Mutación del gen de la protrombina G20210A heterocigoto.
61. **Siguiendo las recomendaciones durante el estudio de la aorta abdominal y sobre las consideraciones a tener en cuenta durante la misma, es incorrecta la siguiente aseveración:**
- A) La posición habitual será la de decúbito prono.
  - B) En ocasiones, la posición en decúbito lateral derecho nos ayudará a identificar la aorta y proceder a su medición en caso de interposición de gas.
  - C) Los artefactos son ecos aberrantes que no se corresponden con estructuras reales presentes en el paciente.
  - D) El artefacto denominado resonancia provoca una imagen en semiluna dentro de la aorta, debido al fenómeno de refracción que sufre el haz de ultrasonidos cuando incide de forma oblicua sobre la interfase que separa estructuras con distinta impedancia acústica.
62. **Señale la respuesta incorrecta respecto a los aneurismas de la arteria subclavia:**
- A) Los aneurismas de la arteria subclavia distales están generalmente relacionados con el síndrome de la salida torácica.
  - B) Los aneurismas de la arteria subclavia proximales son típicamente degenerativos.
  - C) La etiología más frecuente de los pseudoaneurismas subclavios es la lesión iatrogénica por canulación inadvertida de la arteria.
  - D) La palpación de una masa pulsátil supraclavicular nos orienta hacia el diagnóstico de aneurisma subclavio.

63. **La patogenia de la infección asociada al biomaterial de las prótesis vasculares implica los siguientes mecanismos, EXCEPTO:**
- A) Activación de las defensas del huésped.
  - B) Respuesta inflamatoria en la pared y superficie interna del injerto.
  - C) Adhesión de bacterias a las superficies del injerto o stent.
  - D) Formación de micro-colonias dentro de una biopelícula bacteriana.
64. **De conformidad con el primer apartado del artículo 53 de Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?:**
- A) Anualmente, el personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración no será superior a 30 días hábiles, o al tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.
  - B) Anualmente, el personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración no será inferior al tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.
  - C) Anualmente, el personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración no será inferior a 30 días naturales.
  - D) Anualmente, el personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración no será inferior a 30 días naturales, o al tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.
65. **Sobre las clasificaciones de isquemia crítica de la extremidad, ¿qué le parece correcto?:**
- A) No debemos mantener únicamente la clasificación de La Fontaine/ Rutherford en el diagnóstico de los pacientes con diagnóstico de isquemia crítica. Es aconsejable ir introduciendo y estableciendo la clasificación WIfI, siendo ideal establecer la GLASS en los estudios sobre nuevos dispositivos endovasculares.
  - B) Cuando en 1981 se estableció el término isquemia crítica de la extremidad, los pacientes con diabetes fueron tenidos en cuenta de forma determinante.
  - C) Las nuevas clasificaciones no aportan gran cosa respecto a las clasificaciones de La Fontaine/ Rutherford.
  - D) La clasificación de Rutherford, posterior a la de La Fontaine, es suficiente para conocer el pronóstico de la extremidad.
66. **Sobre la exploración de la aorta abdominal, señale qué es falso:**
- A) La sonda correcta es la de baja frecuencia.
  - B) El realizar la exploración con el "preset" o programa abdominal mejora la imagen en general.
  - C) La exploración debe seguir una sistemática.
  - D) El ayuno no influye en la exploración.
67. **Todos los tipos de atrapamiento poplíteo pueden afectar a los nervios tibiales y provocar parestesia, EXCEPTO:**
- A) El tipo III.
  - B) El tipo IV.
  - C) El tipo VI.
  - D) El tipo II.
68. **En cuanto a la posibilidad de preservación del injerto en caso de infección local, seleccione la respuesta VERDADERA:**
- A) El injerto de Dacron (poliéster) tiene mayor resistencia en las infecciones tempranas (<4 meses).
  - B) El PTFE (politetrafluor-etileno) tiene mayor resistencia a las infecciones polimicrobianas que el Dacron.
  - C) El PTFE ha demostrado mejores resultados que el Dacron cuando las infecciones son extracavitarias (extracraneales, extrapleurales, extraperitoneales).
  - D) El PTFE ha demostrado mejores resultados que el Dacron en las infecciones por gramnegativos.

69. **Con respecto al diagnóstico del síndrome de congestión pélvica, señale la opción VERDADERA:**
- A) La vena ovárica derecha se origina en la vena renal ipsilateral.
  - B) El tamaño normal de las venas ováricas es inferior a 5 mm.
  - C) El tratamiento quirúrgico de elección en la actualidad es la ligadura directa laparoscópica.
  - D) La insuficiencia venosa pélvica secundaria incluye síndromes como el May-Thurner y el Nutcracker.
70. **Sobre las recomendaciones para el estudio de la aorta abdominal, es incorrecta la aseveración siguiente:**
- A) Suele ser suficiente con que el estudio se realice en modo B.
  - B) Distintas estructuras nos ayudarán a identificar la aorta como tal.
  - C) Los ecógrafos actuales tienen varias configuraciones con los parámetros optimizados. En pacientes obesos el "preset" ideal será el Vascular ya que la aorta es una estructura vascular.
  - D) El ayuno puede facilitarnos la exploración ya que la interposición de gas da lugar a artefactos que dificultan la exploración.
71. **De acuerdo con lo establecido en el artículo 17.1, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?:**
- A) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, diez años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
  - B) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, diez años contados desde la fecha del último proceso asistencial.
  - C) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de último proceso asistencial.
  - D) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
72. **Si a la consulta acude un hombre joven que se queja de la aparición, relativamente brusca y reciente, de claudicación de la pantorrilla izquierda a corta distancia, pensaremos en:**
- A) Una enfermedad quística adventicial si presenta pulsos distales que desaparecen con la flexión plantar activa o la dorsiflexión pasiva del pie.
  - B) Un síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea si los síntomas de claudicación empeoran al ponerse de pie o caminar y mejoran con ejercicios más fuertes y el paciente nos dice que después del entrenamiento físico tiene dolor, parestesia y pies fríos.
  - C) Una enfermedad quística adventicial si la claudicación de la pantorrilla es a corta distancia y a menudo el tiempo de recuperación es corto, menos de 2 minutos.
  - D) Un síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea si los índices tobillo-brazo no se ven afectados en reposo ni disminuyen después del ejercicio.
73. **Todas las siguientes afirmaciones EXCEPTO una son indicación de tratamiento conservador de las lesiones arteriales traumáticas:**
- A) Ausencia de hemorragia activa.
  - B) Lesión de baja velocidad.
  - C) Circulación distal intacta.
  - D) Defecto de la pared arterial de > 2 cm con defecto de la íntima y hemorragia activa.

74. **Sobre el empleo de los dispositivos liberadores de fármaco en el sector fémoro-poplíteo, ¿qué le parece correcto?:**  
 A) Tras el metaanálisis del Dr. Katsanos, no deben ser empleados bajo ningún concepto.  
 B) Realmente, ese metaanálisis estaba dirigido a los balones recubiertos de fármaco, no así a los stent.  
 C) Realmente, ese metaanálisis estaba dirigido a los stent, no así a los balones recubiertos de fármaco.  
 D) Recientemente se ha publicado un metaanálisis en The Lancet por Parikh y colaboradores en el que no se encontró asociación entre la exposición a dispositivos recubiertos de paclitaxel y el riesgo de muerte, por lo que se pueden emplear como hasta entonces.
75. **Según las guías clínicas, la morbilidad recomendada en un servicio de cirugía vascular para llevar a cabo procedimientos de revascularización de estenosis carotídea sintomática debe ser:**  
 A) Inferior al 6%.  
 B) Inferior al 5%.  
 C) Inferior al 4%.  
 D) Inferior al 3%.
76. **Respecto a la isquemia mesentérica crónica por ligamento arcuato, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**  
 A) Puede asociarse con el síndrome de taquicardia ortostática postural.  
 B) Puede cursar de forma asintomática en más del 10% de los casos.  
 C) Puede afectar a los ganglios simpáticos torácicos desde T9 a T11.  
 D) Se origina por compresión del tronco celíaco por las inserciones vertebrales del diafragma.
77. **Es indicación para el screening carotideo, según la Society for Vascular Surgery:**  
 A) Pacientes claudicantes a 200 metros.  
 B) Antes de una reparación abierta por un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.  
 C) Presencia de un soplo en el cuello.  
 D) Pacientes subsidiarios de revascularización infrainguinal.
78. **Paciente de 55 años con FRCV y cardiopatía isquemia, que refiere dolor gemelar bilateral cuando camina que le hace detenerse a 100 metros. ¿Cuál sería la primera prueba diagnóstica que se realizaría?:**  
 A) Arteriografía.  
 B) Índice tobillo- brazo.  
 C) Eco- Doppler de miembros inferiores.  
 D) AngioTC.
79. **Entre los procesos que conducen a la enfermedad arterial de las extremidades superiores se encuentra el vasoespasma arterial y éste puede ocurrir con los siguientes, EXCEPTO:**  
 A) Ingesta de ergotamina.  
 B) Exposición al cloruro de vinilo.  
 C) Ingesta de antagonista del receptor de endotelina.  
 D) Uso ocupacional a largo plazo de herramientas vibratorias.
80. **¿Cuál de los siguientes apósitos considera más apropiado como primera opción en el tratamiento de una úlcera infectada y maloliente?:**  
 A) Apósito hidrocoloide.  
 B) Apósito modulador de las proteasas.  
 C) Apósito de plata.  
 D) Apósito de espuma.

81. **Sobre la medición de diámetro aórtico máximo, ¿cuál es la aseveración incorrecta?:**  
 A) Se debe realizar en modo B.  
 B) Un plano de corte oblicuo no tiene trascendencia sobre la medición.  
 C) Todo el grupo implicado en un estudio de cribado debe realizar la misma medida.  
 D) La medición inner to inner parece ser la más reproducible según los estudios publicados.
82. **Respecto al tratamiento de los aneurismas de las arterias viscerales, señale la opción FALSA:**  
 A) Uno de los inconvenientes de la reparación endovascular es la embolización de órgano diana.  
 B) Es necesaria la reconstrucción de la artera esplácnica por la escasa colateralidad del bazo.  
 C) El tratamiento endovascular de los aneurismas de las arterias viscerales es técnicamente exitoso en el 98%.  
 D) La ligadura arterial es el procedimiento de elección en caso de rotura libre.
83. **Respecto al tratamiento y pronóstico de la tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger, señale la opción CIERTA:**  
 A) El riesgo de amputación en pacientes exfumadores se iguala a los de la población no fumadora tras 3 años de abstención tabáquica.  
 B) La supervivencia de los pacientes con tromboangeítis obliterante e isquemia crítica, ajustada por edad, es significativamente inferior a la población general (50% a 5 años).  
 C) Uno de cada 4 pacientes que continúan fumando sufrirá una amputación a los 5 años tras el diagnóstico, requiriendo 1 de cada 10 una amputación mayor a los 5 años.  
 D) El pilar del tratamiento de la tromboangeítis obliterante es el abandono del tabaco de forma completa y permanente; por lo que terapias de reemplazo de nicotina y fármacos como el bupropion y vareniciclina estarán indicados en estos pacientes.
84. **El concepto hipotensión permisiva en el manejo de los aneurismas de aorta abdominal roto (RAAA) implica todos los siguientes EXCEPTO:**  
 A) Mantener presión sistólica de 70-80 mmHg.  
 B) Reanimación con volumen suficiente para mantener la conciencia.  
 C) Minimizar la isquemia de órganos incluyendo evitar descenso de ST.  
 D) Mantener volemia con grandes cantidades de volumen.
85. **Con respecto al tratamiento con stent carotideo, señale la respuesta CORRECTA:**  
 A) Es aconsejable la realización por parte del operador de, al menos, 12 procedimientos anuales.  
 B) Es recomendable la post-dilatación si queda una estenosis residual aunque sea inferior al 30%.  
 C) Los stent de doble capa actualmente no tienen aplicación en territorio carotídeo.  
 D) La pre-dilatación es sistemática con balones de 4 a 6 mm.
86. **En cuanto al tratamiento anticoagulante en pacientes con isquemia aguda de extremidad, señale la opción VERDADERA:**  
 A) Una vez se ha establecido el diagnóstico de isquemia aguda se debe iniciar anticoagulación sistémica con heparina de bajo peso molecular.  
 B) Como alternativa se podría iniciar tratamiento con heparina sódica vía subcutánea.  
 C) El objetivo del tratamiento con heparina es la disolución del trombo.  
 D) En la mayoría de los pacientes se considera apropiado iniciar el tratamiento con un bolo de 100 unidades/kg de peso, seguido de infusión intravenosa de 1000 unidades/hora.
87. **Todos MENOS uno son mecanismos de lesión vascular en los traumatismos abdominales contusos:**  
 A) Desaceleración brusca.  
 B) Aplastamiento anteroposterior directo.  
 C) Rotura del vaso con hemorragia por lesión penetrante directa.  
 D) Laceración directa de un vaso por un fragmento óseo.

88. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la revascularización de la isquemia mesentérica crónica es VERDADERA?:**
- A) La revascularización endovascular presenta tasas de permeabilidad tardía mejores que la realizada con bypass.
  - B) La revascularización endovascular retrógrada es el método de elección por vía laparoscópica.
  - C) El stent cubierto presenta mejores resultados de permeabilidad precoz que el abierto en las lesiones proximales.
  - D) El tratamiento con cirugía abierta presenta una menor morbilidad perioperatoria.
89. **¿En cuál de las siguientes entidades podríamos observar un cuadro propio de tromboflebitis migrans?:**
- A) Enfermedad de Mondor.
  - B) Enfermedad de Buerger.
  - C) Síndrome Kasabach-Merritt.
  - D) Síndrome de Budd-Chiari.
90. **En el caso de una lesión traumática de la arteria innominada, y en ausencia de medios endovasculares, ¿cuál sería la vía de abordaje idónea para resolver dicha situación?:**
- A) Toracotomía anterolateral derecha (entre 6º y 7º espacio intercostal).
  - B) Toracotomía anterior bilateral cruzando esternón.
  - C) Toracotomía anterolateral derecha alta con posible resección clavicular.
  - D) Esternotomía media con extensión cervical derecha si fuera necesario.
91. **Una de las siguientes NO es una característica del síndrome de Klippel-Trénaunay:**
- A) Malformaciones vasculares de alto flujo.
  - B) Malformaciones vasculares de bajo flujo.
  - C) Hipertrofia o gigantismo de la extremidad afecta.
  - D) Malformación capilar de la piel "tinción de vino de Oporto".
92. **¿Cuál de los siguientes test diagnósticos o pruebas complementarias presenta una mayor utilidad para la valoración de la presencia de neuropatía diabética?:**
- A) Test de Semmes-Weinstein.
  - B) Tensión transcutánea de oxígeno.
  - C) Palpación de pulsos asociada al índice tobillo brazo.
  - D) Test de Ipswich.
93. **En el tratamiento de las varices de miembros inferiores han aparecido técnicas nuevas en los últimos años. En relación a ellas, solo una de las siguientes respuestas es cierta:**
- A) Podemos decir que no son de elección frente al stripping de ejes safenos. Solo en pacientes con contraindicación a la cirugía clásica.
  - B) La ablación por láser endovenoso y la ablación por radiofrecuencia, no presentan diferencias en cuanto a resultados frente a la cirugía, según Cochrane.
  - C) El tratamiento mediante agentes esclerosantes no es eficaz frente al reflujo de ejes safenos.
  - D) En el tratamiento con endoláser, a diferencia de la radiofrecuencia, no es necesario realizar tumescencia con suero alrededor de la vena a tratar.
94. **Señale la respuesta falsa respecto a la enfermedad de Buerger (TAO):**
- A) Afecta principalmente a varones jóvenes.
  - B) Una de las características principales de la TAO durante la fase aguda es la presencia de un trombo arterial oclusivo altamente celular y la formación de microabscesos.
  - C) La mayoría de las células infiltrantes se detectan en la media.
  - D) El primer paso en el tratamiento de la TAO es la interrupción del hábito tabáquico en cualquiera de sus formas, incluido el tabaquismo pasivo.

95. **¿En qué artículo de la Constitución Española de 1978 se reconoce el derecho a la protección de la salud?:**
- A) 39.
  - B) 41.
  - C) 43.
  - D) 53.
96. **Paciente de 64 años, fumador e hipertenso, insuficiencia renal crónica estadio III, dolor en reposo en MID. Sin síntomas en MII. Obstrucción femoropoplítea bilateral, ITB 0.4 en MID y 0.5 en MII. ¿Cómo procedería de ser posible?:**
- A) AngioTAC. Si muestra lesiones tratables de forma endovascular trataría ambos MMII con control mediante angiografía de CO<sub>2</sub>.
  - B) Cartografía ecográfica. De tener alta fiabilidad y de mostrar lesiones tratables de forma endovascular, trataría el MID con control mediante angiografía de CO<sub>2</sub>.
  - C) Cartografía ecográfica. De ser fiable, independientemente de las características de la lesión, realizaría un by pass convencional.
  - D) Angiografía con preparación renal previa y aprovecharía el mismo acto para tratar ambas extremidades, siempre y cuando las lesiones sean tratables de forma endovascular.
97. **En relación a los traumatismos en los miembros, señale la opción VERDADERA:**
- A) En la extremidad inferior, en el traumatismo penetrante, la arteria poplítea es la más frecuentemente lesionada.
  - B) La lesión vascular es más frecuente en los miembros superiores.
  - C) En la extremidad inferior, en el traumatismo cerrado, la arteria femoral es la más frecuentemente lesionada.
  - D) La tasa de amputación es mayor en la extremidad inferior.
98. **Sobre el diámetro y trayecto de la aorta abdominal, señale la aseveración incorrecta:**
- A) El diámetro de la aorta depende de variables como pueden ser el sexo y la edad del paciente.
  - B) El diámetro aórtico va disminuyendo a medida que va descendiendo desde el tórax hasta su bifurcación en las arterias ilíacas.
  - C) La aorta en su recorrido puede presentar elongaciones que no son patológicas.
  - D) Cuando se observa una elongación a nivel de las renales, suele estar causada por un aneurisma por lo que deberemos estar "ojo avizor".
99. **En cuanto al método de medición de la aorta, ¿qué aseveración le parece correcta?:**
- A) Lo más adecuado es que cada explorador del laboratorio elabore su propio método de medida...así se verá si todo el mundo mide igual.
  - B) Lo más adecuado es que todos los miembros del laboratorio empleen el mismo método de medida en todas las exploraciones realizadas.
  - C) El mejor método de medida es el diámetro transversal, en espiración y mediante cortes sagitales de la aorta.
  - D) Si la pared aórtica tiene calcio, mejor solicitar un TAC con contraste para realizar una medición correcta.
100. **Respecto a la isquemia crítica con amenaza de la extremidad, señale la opción CIERTA:**
- A) A un año el riesgo de pérdida de extremidad es superior al 20% y la supervivencia estimada es inferior al 50% en pacientes con isquemia crítica.
  - B) La demencia y estado funcional previo son factores predictores de mortalidad en pacientes sometidos a revascularización por isquemia crítica.
  - C) Corresponde a los estadios 5-6 de Rutherford y III-IV de Fontaine.
  - D) Muchos de estos pacientes tienen antecedentes de claudicación o han presentado eventos isquémicos previos en otros territorios.



101. **¿Cuál de estas vías de acceso elegiría para llevar a cabo una embolización de vena ovárica izquierda en una mujer de 38 años con clara clínica congestiva pélvica?:**
- A) Acceso quirúrgico por vena basílica izquierda.
  - B) Acceso percutáneo por vena humeral derecha.
  - C) Acceso percutáneo por vena femoral común derecha y basílica derecha.
  - D) Acceso percutáneo por vena basílica izquierda y femoral común izquierda.
102. **¿Cuál se ha erigido tras varios estudios como el mejor método de diagnóstico en un programa de cribado de aneurisma de aorta abdominal en la población general?:**
- A) Da igual. Lo importante es que nos dé una medida exacta.
  - B) La resonancia nuclear magnética.
  - C) La ecografía.
  - D) La tomografía por emisión de positrones.
103. **En la descompresión quirúrgica del síndrome del estrecho torácico y en relación con la fase de compresión arterial, señale el enunciado FALSO:**
- A) En la etapa 0, con compresión asintomática de la arteria subclavia, no se requiere tratamiento excepto en atletas de alto rendimiento o pacientes que requieran realizar movimientos repetitivos con el brazo afectado.
  - B) En la etapa 1, con estenosis de la arteria subclavia con dilatación leve, pero sin lesión intimal, debe realizarse la descompresión de la salida torácica y nuevas imágenes de la arteria subclavia.
  - C) En la etapa 2, con aneurisma de la arteria subclavia con trombo mural, hay que hacer descompresión de la salida torácica y reconstrucción de la arteria subclavia.
  - D) En la etapa 2, con aneurisma de la arteria subclavia con trombo mural, hay que hacer descompresión de la salida torácica, trombectomía versus trombólisis y reconstrucción de la arteria subclavia.
104. **A partir de los diferentes resultados de las exploraciones vasculares no invasivas expuestas a continuación, ¿cuál le parece que nos dará una MEJOR predicción de cicatrización de las heridas de amputación?:**
- A) Presión sistólica digital en el pie de 25 mmHg.
  - B) Presión arterial en el tobillo de 70 mmHg.
  - C) TcPO<sub>2</sub> (presión transcutánea de oxígeno) de 50 mmHg.
  - D) Presión de perfusión cutánea de 30 mmHg.
105. **Con respecto al diagnóstico del síndrome de congestión pélvica, señale la opción FALSA:**
- A) La vena ovárica izquierda se origina en la vena renal ipsilateral.
  - B) El tamaño normal de las venas ováricas es inferior a 5 mm.
  - C) Durante el embarazo la capacidad venosa pélvica se mantiene igual.
  - D) La insuficiencia venosa pélvica secundaria incluye síndromes como el May-Thurner.
106. **¿Qué tratamiento considera más apropiado para un paciente varón de 78 años fumador, hipertenso, dislipémico, con antecedente de polipectomía colónica y exéresis de lipoma en espalda, en tratamiento con amlodipino 5 mg al día, que presenta claudicación intermitente gemelar de predominio derecho a 400 metros sin dolor en reposo ni lesiones asociadas?:**
- A) By pass aorto-bifemoral a arterias femorales profundas.
  - B) Modificación de los factores de riesgo cardiovascular, ejercicio físico y tratamiento médico.
  - C) Tromboendarterectomía de arteria poplítea derecha.
  - D) Tratamiento endovascular de sector iliaco izquierdo.

**107. Respecto a los traumatismos torácicos, señale la opción VERDADERA:**

- A) La mayoría de los pacientes con traumatismo vascular torácico no requieren intervención quirúrgica.
- B) El traumatismo torácico penetrante en un paciente hemodinámicamente estable requiere siempre intervención quirúrgica.
- C) La lesión vascular que se produce dentro de la región torácica está asociada a una baja mortalidad.
- D) Las lesiones torácicas menos frecuentes son hemotórax y/o neumotórax.

424

**108. El trípode de Haller hace referencia a:**

- A) La arteria hepática común, la arteria gástrica izquierda y la arteria esplénica.
- B) El tronco celiaco, la arteria coronaria estomáquica y la arteria esplénica.
- C) Son arterias frénicas inferiores.
- D) La arteria pancreático-duodenal, la arteria pancreática magna y la arteria pancreática dorsal.

154

**109. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la clínica del síndrome del desfiladero torácico (SDT)?:**

- A) La forma más frecuente de SDT es la neurógena.
- B) De forma general, el 20% de los casos son mujeres.
- C) Los pacientes con SDT venoso son asintomáticos hasta el evento trombotico que resulta en dolor, hinchazón y cianosis del brazo.
- D) La costilla cervical es más frecuente en mujeres.

471

**110. Usted va a realizar una endarterectomía carotídea según la técnica clásica, señale la FALSA:**

- A) La anestesia puede ser general o loco-regional.
- B) Sus resultados son similares a la técnica por eversión.
- C) Se recomienda revertir la heparinización.
- D) El cierre directo tiene mejores resultados que el cierre con parche.

261

**111. Sobre la tasa de rotura anual de los aneurismas de aorta abdominal mayor de 70 mm de diámetro, señale la respuesta correcta:**

- A) Es superior al 30% anual.
- B) Es de hasta un 10% anual.
- C) Es de hasta un 20% anual.
- D) Es menor del 5% al año.

322

**112. Respecto a la arteritis de Takayasu, señale la opción FALSA:**

- A) La lesión en la arteria subclavia media derecha constituye uno de los criterios mayores de Sharman para el diagnóstico de arteritis de Takayasu.
- B) El tratamiento endovascular es de elección ante un paciente con Takayasu.
- C) Es una arteritis inmune que afecta a la aorta, a sus principales ramas y a las arterias pulmonares.
- D) El examen histológico demuestra una panarteritis con afectación de las tres capas de la arteria.

404

**113. En el diagnóstico del síndrome de congestión venosa pélvica, señale la respuesta VERDADERA:**

- A) Suele darse en mujeres jóvenes y multíparas.
- B) Presentan molestias cíclicas esporádicas con relación a ciclos menstruales.
- C) Las varices vulvares y/o glúteas se encuentran en relación a este proceso.
- D) Todas son ciertas.

275

114. **Respecto a los aneurismas de la arteria subclavia, señale la respuesta FALSA:**
- A) Los pacientes con aneurisma de la arteria subclavia pueden notar la presencia de una masa pulsátil supraclavicular.
  - B) Una esternotomía previa o toracotomía izquierda no es una contraindicación relativa para la cirugía abierta de los aneurismas.
  - C) Los aneurismas verdaderos de la subclavia en adultos suelen ser degenerativos.
  - D) La porción proximal y la porción media de la arteria subclavia son las más susceptibles al tratamiento endovascular.
115. **En el caso de una lesión traumática de la arteria innominada y en ausencia de medios endovasculares, ¿cuál sería la vía de abordaje idónea para resolver dicha situación?:**
- A) Toracotomía anterior bilateral cruzando esternón.
  - B) Toracotomía anterolateral derecha (entre 6º y 7º espacio intercostal).
  - C) Esternotomía media con extensión cervical derecha si necesario.
  - D) Toracotomía anterolateral derecha alta con posible resección clavicular.
116. **La mayor parte de las úlceras de origen vascular son de tipo:**
- A) Venoso.
  - B) Neuropático.
  - C) Mixto.
  - D) Hipertensivo.
117. **Todos MENOS uno son factores de riesgo para desarrollar un síndrome compartimental abdominal tras un trauma vascular abdominal:**
- A) Hipotensión prolongada.
  - B) Trasfusiones masivas.
  - C) Hipertermia.
  - D) Procedimientos de control de daño y cierre de la pared abdominal.
118. **De los siguientes factores, ¿cuál NO está implicado en la etiopatogenia de los aneurismas de arteria esplénica?:**
- A) Síndrome del ligamento arcuato medio.
  - B) Hipertensión portal con esplenomegalia.
  - C) Pancreatitis crónica.
  - D) Fibrodisplasia arterial sistémica.
119. **Todas las afirmaciones respecto a la displasia fibromuscular de la arteria renal son ciertas excepto una, señálela:**
- A) Es la segunda causa más frecuente de estenosis de la arteria renal, después de la aterosclerosis.
  - B) Es la causa más común de hipertensión renal en individuos jóvenes.
  - C) Las opciones de tratamiento en la displasia fibromuscular de la arteria renal son médicas, endovasculares y quirúrgicas.
  - D) La mayoría de los aneurismas de la arteria renal tienen un alto riesgo de rotura y por tanto deberían ser tratados desde su diagnóstico.
120. **Señale la respuesta falsa respecto al fundamento de las estrategias quirúrgicas en el síndrome varicoso:**
- A) Sistema MOCA – técnica mecánico-química.
  - B) CHIVA – técnica hemodinámica.
  - C) Esclerosis con polidocanol de troncos safenos – técnica química.
  - D) ASVAL – técnica mecánico-hemodinámica.

121. **¿En qué población está indicado un programa de seguimiento de aneurisma de aorta abdominal desde el punto de vista coste-eficacia?:**
- A) En la población mayor de 65 años, tanto masculina como femenina, con dos factores de riesgo vascular.
  - B) En la población masculina mayor de 65 años en la que se haya detectado un diámetro aórtico mayor de 30 mm.
  - C) En todos los varones fumadores por encima de 45 años.
  - D) En aquellos pacientes que refieran clínica sugestiva de claudicación intermitente.
122. **De conformidad con el artículo 73.5, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, las anotaciones en el expediente del personal estatutario por sanciones disciplinarias firmes impuestas por faltas muy graves se cancelarán de oficio:**
- A) A los 4 años.
  - B) A los 2 años.
  - C) A los 6 años.
  - D) A los 3 años.
123. **¿Cuál de los siguientes factores inicia la activación de la vía extrínseca de la coagulación?:**
- A) Factor IV plaquetario.
  - B) Factor VIII.
  - C) Factor XIIa.
  - D) Factor tisular.
124. **Usted quiere valorar la hemorragia intraplaca de una lesión ateromatosa carotídea, ¿en qué estudio pensaría?:**
- A) Un SPECT-TAC.
  - B) Una RMN.
  - C) Una ecografía-doppler.
  - D) Ninguno de los anteriores.
125. **Paciente de 80 años, diabético, ex fumador, HTA y dislipemia. Dolor en reposo en MII de 1 mes de evolución, sin claudicación previa. Empeoramiento de mal perforante plantar bajo articulación MF del 1º dedo del pie sin traumatismo previo. No sd febril ni descompensación glucémica. A la exploración, obstrucción distal a poplítea, con eritrosis del pie. Sondaje óseo positivo, con emisión de pus pero sin celulitis-linfangitis. ITB de 0.4. ¿Cómo clasificaría la isquemia de este paciente?:**
- A) Rutherford 4 W2I3fI2.
  - B) Rutherford 5 W2I3fI2.
  - C) Rutherford 5 W3I2fI2.
  - D) Rutherford 6 W2I3fI2.
126. **Respecto a los eventos adversos perioperatorios después de la reparación abierta de un aneurisma de aorta abdominal, todas las afirmaciones son correctas, EXCEPTO:**
- A) A pesar de los estudios preoperatorios que se están llevando a cabo, el infarto de miocardio perioperatorio aún ocurre en hasta el 10% de los pacientes.
  - B) La isquemia del colon tiene una incidencia clínica del 0,2% al 6% después de la reparación abierta de un aneurisma y la enfermedad subclínica es mucho mayor; los estudios de vigilancia después de la cirugía aórtica demuestran tasas de enfermedad evidente endoscópicamente que se aproximan al 13%.
  - C) La trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad inferior y la embolia pulmonar (EP) son eventos clínicamente frecuentes después de la cirugía aórtica, pudiendo llegar a una tasa del 20%.
  - D) La isquemia de la médula espinal después de una reparación abierta de aneurisma de aorta abdominal es un evento extremadamente raro.

- 127. Todas las afirmaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la patología vásculo-renal son ciertas EXCEPTO:**
- A) Los estudios ASTRAL y CORAL demostraron mejores resultados clínicos de la revascularización renal frente al tratamiento médico.
  - B) El objetivo principal de revascularización es la preservación de la función renal.
  - C) El bypass hepato-renal, espleno-renal y el autotrasplante constituyen una alternativa al bypass con injerto autólogo o protésico.
  - D) El tratamiento de la hipertensión vásculo-renal con radiofrecuencia (RF) no ha demostrado la eficacia inicialmente esperada.
- 128. Paciente isquemia crónica GIIIB, con cardiopatía isquemia y fumador, que toma trinitomía (adiro/estatina/ramipril), que se encuentra limitado en su vida diaria. ¿Qué haría a continuación?:**
- A) Programar para cirugía abierta o convencional.
  - B) Programar, dados los antecedentes, para cirugía endovascular.
  - C) Solicitar un eco-doppler venoso.
  - D) Prohibiría el tabaco y plantearía ejercicio supervisado.
- 129. Los factores que se asocian a mayor riesgo de rotura de un aneurisma aórtico son los siguientes, EXCEPTO:**
- A) El diámetro máximo del aneurisma de aorta abdominal es la base estándar para predecir el riesgo de rotura, los diámetros más grandes se asocian con el aumento del riesgo de rotura.
  - B) Tabaquismo, menor FEV1 (volumen de espiración forzado en 1 segundo) y mayor presión arterial media.
  - C) Una tasa de crecimiento del aneurisma igual o superior a 10 mm a los 12 meses.
  - D) La morfología del aneurisma fusiforme parece indicar un mayor riesgo de rotura en comparación con los aneurismas de forma sacular.
- 130. ¿Cuál de estos factores de trombofilia es el más frecuente en la población general?:**
- A) Déficit de antitrombina III.
  - B) Déficit de proteína C.
  - C) Factor V Leyden heterocigoto.
  - D) Mutación del gen de la protrombina G20210A en homocigosis.
- 131. Si durante el tratamiento endovascular de una lesión a nivel poplíteo supragenicular, donde la intención es tratarla de forma endovascular sin dejar un stent, tras la angioplastia observamos una disección en ese segmento que compromete el flujo, ¿qué opción le parece la más adecuada?:**
- A) Implantar un stent recubierto directamente.
  - B) Implantar un stent descubierta directamente.
  - C) Proceder a una nueva angioplastia a alta presión al menos durante 3 minutos, y si no conseguimos fijar la íntima, realizaremos una nueva angioplastia con balón liberador de fármaco.
  - D) Proceder a una nueva angioplastia a alta presión al menos durante 3 minutos, y si no conseguimos fijar la íntima, liberaremos un stent para controlarla.
- 132. Todos los siguientes son signos clínicos “duros” de lesión arterial de la extremidad, EXCEPTO:**
- A) Pulso distal ausente.
  - B) Hematoma en expansión.
  - C) Historia de hemorragia significativa.
  - D) Hemorragia pulsátil activa.

**133. Respecto al tratamiento médico de la claudicación intermitente señale la opción CIERTA:**

- A) El cilostazol es el único fármaco aprobado por la FDA (Asociación de Medicamentos y Alimentos) para el tratamiento médico de la claudicación, debido a la superioridad mostrada respecto a placebo y pentoxifilina al mejorar la distancia de claudicación y el tiempo de deambulaci3n sin dolor.
- B) El tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), como el ramipril, se ha asociado a un aumento de la distancia de claudicaci3n y el tiempo de deambulaci3n sin dolor respecto el placebo.
- C) El naftidrofurilo es un agonista serotoninérgico que influye en el metabolismo aeróbico y que ha mostrado efectos clínicos beneficiosos aumentando el tiempo de deambulaci3n sin dolor.
- D) Los inhibidores de la hidroxil-3-metilglutaril-coenzima A (HMG-Co) reductasa, no han mostrado beneficios clínicos en la claudicaci3n de miembros inferiores en pacientes con enfermedad arterial periférica.

160

**134. Con respecto al tratamiento endovascular de la patologí3a venosa iliofemoral, señale la respuesta INCORRECTA:**

- A) La trombosis de los stent es rara y ocurren casi exclusivamente en patologí3a postrombótica.
- B) La causa más frecuente de disfunci3n de los stent venosos es la no cobertura de las lesiones.
- C) La re-estenosis intra-stent es más frecuente en un síndrome postrombótico, particularmente tras recanalizaci3n.
- D) La mayoría de las oclusiones de los stent venosos suelen estar en relaci3n a trombosis venosas agudas, en contraposici3n a la gradual oclusi3n de la estenosis intra-stent.

267

**135. Señale la respuesta verdadera respecto a las manifestaciones clínicas de las lesiones arteriales:**

- A) Hemorragia externa.
- B) Isquemia.
- C) Hemorragia interna.
- D) Todas son verdaderas.

417

**136. En cuanto a la técnica del stent carotídeo, señale la respuesta FALSA:**

- A) Las actuales guías soportan el uso de sistemas de protecci3n cerebral durante su realizaci3n.
- B) La doble terapia antiagregante debe utilizarse incluso con anterioridad al implante.
- C) Es importante el control de las cifras de tensi3n arterial en la técnica trans-carotídea de flujo reverso, manteniéndolas por debajo de 160 mmHg, para minimizar el riesgo de hemorragia intracraneal.
- D) Se debe evitar la angioplastia post stent.

218

**137. Con respecto a las lesiones vasculares abdominales, señale la afirmaci3n VERDADERA:**

- A) El pronóstico de las lesiones aórticas abdominales penetrantes es significativamente peor que el de las lesiones en la aorta torácica.
- B) La incidencia de las lesiones venosas es mayor que las arteriales.
- C) La exploraci3n de los hematomas retroperitoneales de la zona 2 y 3, tras traumatismo cerrado, debe limitarse a pacientes con hematomas en expansi3n, pulsátiles o con fuga.
- D) El vaso más frecuentemente afectado es la arteria mesentérica superior.

429

**138. Respecto a la revascularizaci3n quirúrgica del sector aortoiliaco mediante bypass aortobifemoral en la actualidad, indique la opción FALSA:**

- A) La mortalidad perioperatoria del bypass aortobifemoral es superior al 5% con permeabilidades primarias cercanas al 90% a 5 años.
- B) La permeabilidad del bypass aortobifemoral a 5 años es inferior al 70% en pacientes jóvenes menores de 50 años.
- C) En los casos de oclusi3n asociada de la arteria femoral superficial se recomienda realizar la anastomosis distal hacia el ostium de la arteria femoral profunda aun en ausencia de lesiones significativas en su origen que no requieran de profundoplastia.
- D) La anastomosis aórtica terminoterminal presenta un perfil hemodinámico más favorable que la terminolateral, permite realizar con mayor comodidad la endarterectomía, y disminuye el riesgo de fístula aortoentérica en el futuro.

156

139. Con respecto a las indicaciones de tratamiento en pacientes sintomáticos con estenosis carotídea, señale la respuesta correcta:
- A) Actualmente se recomienda demorar la cirugía o tratamiento endovascular y realizarlo a partir del 14º día post-evento.
  - B) No debe de ser demorada la intervención en pacientes con stroke donde el área de infarto exceda de un tercio del territorio de la arteria cerebral media y presenten una estenosis sintomática entre el 50 y el 99%. 209
  - C) No se recomienda tratamiento quirúrgico en pacientes con estenosis carotídea pre-oclusiva crónica sin recurrencia de síntomas.
  - D) Las estenosis en tándem a nivel intracraneal, asociadas a estenosis carotídeas, son una razón que excluye la cirugía en pacientes con estenosis carotídea.
140. Respecto a la disección aórtica aguda, señale la opción VERDADERA:
- A) El embarazo no se asocia con un riesgo mayor de disección aórtica y ruptura.
  - B) El síndrome de Marfan representa el 50% de los casos en pacientes mayores de 50 años. 466
  - C) Los factores predisponentes son la edad, hipertensión y las anomalías de la pared aórtica.
  - D) Es más frecuente en pacientes varones menores de 40 años.
141. De conformidad con el artículo 4 de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, ¿qué órgano de los siguientes no tiene la condición de órgano superior de dirección y gestión del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud?:
- A) El Director Gerente. 004
  - B) El Consejero de Salud.
  - C) El Consejo de Administración.
  - D) El Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
142. Con respecto a la clasificación del linfedema, cuando el edema es irreversible y existe fibrosis y esclerosis del tejido celular subcutáneo, nos encontramos ante un linfedema:
- A) Grado I.
  - B) Grado II. 221
  - C) Grado III.
  - D) Grado IV.
143. ¿Cuál es la anomalía anatómica más frecuente en el síndrome de desfiladero torácico arterial?:
- A) Banda fibrocartilaginosa.
  - B) Fractura clavicular. 472
  - C) Costilla cervical.
  - D) Primera costilla anómala.
144. Con respecto a la clasificación CEAP de la insuficiencia venosa crónica, la venas reticulares son un estadio:
- A) C2.
  - B) C3. 242
  - C) C4b.
  - D) Todas son falsas.
145. Sobre la exploración de la aorta abdominal mediante ecografía, señale la aseveración incorrecta:
- A) La posición inicial es en decúbito supino.
  - B) En ocasiones, tendremos que solicitar al paciente que se coloque en decúbito lateral.
  - C) El artefacto por resonancia es causado por la presencia de trombo aórtico. 330
  - D) La vena cava en ocasiones se observa colapsada cuando realizamos la exploración en decúbito supino.

146. Paciente varón de 80 años, diabético, hipertenso, con antecedentes de cardiopatía isquémica y sin antecedentes de claudicación de miembros inferiores, que acude a urgencias por presentar dolor gemelar de instauración brusca en miembro inferior derecho de 72 horas de evolución, asociado a frialdad y palidez del pie y parestesias digitales. En la exploración presenta pulso femoral, sin pulso poplíteo ni distales; el doppler arterial está ausente y no presenta déficit motor. Respecto al planteamiento diagnóstico-terapéuticos más adecuado, y basándonos en la clasificación de Rutherford, señale la opción CORRECTA:
- A) Corresponde a un cuadro de isquemia aguda grado IIa por lo que precisará de una revascularización urgente de la extremidad mediante cirugía abierta, ya que la edad contraindica la terapia fibrinolítica.
  - B) Corresponde a un cuadro de isquemia aguda grado IIb por lo que precisará de una revascularización urgente de la extremidad mediante embolectomía transfemoral.
  - C) Corresponde a un cuadro de isquemia aguda grado IIa por lo que debido a la comorbilidad del paciente y edad se podría plantear una revascularización diferida sólo si fracasa el tratamiento médico inicial cuyo pilar principal es la anticoagulación.
  - D) Corresponde a un cuadro de isquemia aguda grado IIa, requiriendo revascularización para la preservación funcional del miembro, tras la realización de pruebas de imagen para orientar el tipo de tratamiento (técnica de revascularización) más adecuado en este caso.
147. De conformidad con el artículo 15.2, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?:
- A) La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento completo del estado de salud.
  - B) La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento real y actualizado del estado de salud.
  - C) La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento actualizado del estado de salud.
  - D) La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.
148. Sobre los programas de cribado de los AAA, señale la opción correcta:
- A) El método ideal es la ecografía, porque es un método rápido, barato, simple y no invasivo.
  - B) Un programa de cribado de AAA comienza a ser coste-efectivo en varones mayores de 65 años.
  - C) Debido a su menor prevalencia, en el momento actual un programa de cribado que incluya a mujeres no parece coste-efectivo.
  - D) Todas las anteriores son correctas.
149. Con respecto al stent carotídeo, todos los siguientes enunciados son ciertos EXCEPTO uno, señálelo:
- A) Los ensayos clínicos de referencia son el SAPHIRE, el EVA-3S, el SPACE, el ICSS, el CREST y el ACT-1.
  - B) El CREST es el ensayo aleatorizado multicéntrico más grande diseñado hasta la fecha para comparar los resultados del stent carotídeo frente a la endarterectomía carotídea.
  - C) Es importante para la planificación del procedimiento tener en cuenta la morfología del arco aórtico, así como la morfología de la placa y de la propia arteria carotídea.
  - D) Una de las complicaciones es la fractura del stent que ocurre con una incidencia aproximada del 2%.
150. En relación a los traumatismos vasculares abdominales, señale la afirmación CORRECTA:
- A) El vaso más frecuentemente afectado es la aorta infrarrenal.
  - B) El vaso más frecuentemente afectado es la arteria mesentérica superior.
  - C) El vaso más frecuentemente afectado es la vena esplénica.
  - D) El vaso más frecuentemente afectado es la vena cava inferior.