

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

### PREGUNTAS CUESTIONARIO PARTE GENERAL

1.-Señalar cuál de las siguientes afirmaciones no está incluida en los compromisos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en materia de seguridad y salud de todos sus trabajadores:

- a. Integrar la prevención de riesgos laborales dentro del conjunto de actividades que se llevan a cabo en el sistema general de actividades de la Gerencia Regional de Salud.
- b. Mantener la dotación adecuada y suficiente de los medios humanos y materiales para la acción efectiva de la prevención.
- c. Integrará los planes de prevención en la Ley de derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
- d. Adoptar las medidas oportunas para difundir a toda la organización de la Gerencia Regional de Salud los objetivos de la política de prevención implantados en el seno de la misma.

2.- Respecto a los Delegados de Prevención, señalar la respuesta correcta:

- a) Son designados por las organizaciones sindicales presentes en las juntas de personal y comité de empresa.
- b) Son designados por la Dirección General de Profesionales.
- c) Son designados por la Dirección General de Profesionales a propuesta de la Mesa Sectorial.
- d) Son designados por el Gerente de Salud de Área.

3.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, entre los procedimientos de provisión de plazas se encuentra:

- a) Con carácter general, el concurso-oposición
- b) El sistema de oposición
- c) El concurso de traslados
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

4.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, las plazas de personal estatutario se proveerán mediante adscripción provisional:

- a) En los supuestos de reingreso al servicio activo con reserva de puesto de trabajo
- b) A consecuencia de la amortización de la plaza en la plantilla del centro o institución
- c) Previa convocatoria de libre concurrencia mediante resolución de la titular de la Consejería de Sanidad
- d) Tras superar el proceso selectivo y hasta obtener el nombramiento conferido por el órgano competente

5.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, respecto a la selección de personal estatutario temporal:

- a) Se realizará a través de procedimientos previa negociación en la Mesa Sectorial del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas
- b) Con carácter general, se llevará a cabo a través de convocatorias específicas
- c) El personal estatutario temporal seleccionado no está sometido a periodo de prueba por no ser personal de régimen laboral
- d) Por razones de interés general se exime del requisito de la nacionalidad para la selección de personal estatutario temporal de todas las categorías profesionales cuando quede acreditada la necesidad y urgencia de la provisión del puesto

6.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, se acordará el cese del personal estatutario eventual:

- a) Por amortización de la plaza
- b) Por incorporación a la plaza de un nuevo titular
- c) Cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron
- d) Por incorporación de personal estatutario fijo

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

7.- En materia de derecho a la autonomía de decisión del paciente, el consentimiento por representación se otorgará:

- a) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, sin escuchar su opinión si tiene doce años cumplidos
- b) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo dará su representante legal, después de haber escuchado su opinión si tiene catorce años cumplidos
- c) Cuando se trate de menores no incapacitados, pero con dieciséis años cumplidos, el consentimiento lo prestará el progenitor
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

8.- Los usuarios de los centros, servicios y establecimientos sanitarios ubicados en el territorio de Castilla y León en los que se realicen actuaciones sanitarias:

- a) Tienen derecho a que en ellos se limite, según la normativa estatal vigente, la grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan su identificación
- b) No tienen derecho a que en ellos se limite la grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan su identificación
- c) Sólo tienen derecho a que se limite la grabación y difusión de imágenes que permitan su identificación los pacientes mayores de edad y menores maduros
- d) La grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan la identificación del paciente como destinatario de atenciones sanitarias siempre es permitida al médico responsable del proceso asistencial del paciente

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

9.- En el procedimiento de acceso a la historia clínica regulado en el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León:

- a) Cuando un paciente esté recibiendo asistencia sanitaria en otro centro distinto de aquél en el que se generó la historia clínica, se deberá facilitar copia de ésta cuando sea solicitada por el facultativo responsable de esa asistencia, aunque el paciente no lo autorice
- b) El personal sanitario que de modo directo esté implicado en el diagnóstico y tratamiento del paciente no tendrá acceso pleno a la historia clínica
- c) El personal no sanitario no podrá acceder a los datos de la historia clínica de los pacientes, salvo autorización expresa del facultativo responsable del proceso asistencial
- d) Corresponde al centro sanitario establecer, siempre que sea posible, los niveles de acceso para las distintas categorías de personal sanitario y para el personal no sanitario

10.- El acceso a la historia clínica de un menor, según el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León):

- a) Los menores que no hayan cumplido dieciocho años no están autorizados para dejar constancia en la historia clínica de la prohibición del acceso
- b) El representante legal del menor de edad sólo podrá acceder a la información relativa a aquellos procesos asistenciales en los que tenga que completar o sustituir su capacidad en los supuestos contemplados en la normativa vigente
- c) La historia clínica de un menor, cuando tenga dieciséis años cumplidos, no se facilitará al representante legal de éste, salvo que cuente con su autorización expresa
- d) En el ejercicio de la patria potestad, los padres tienen derecho en todo momento a ser informados del contenido de la historia clínica del menor de edad

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

11.- Según lo previsto en el Decreto 42/2016, de 10 de noviembre por el que se establece la organización y el funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, la colaboración y cooperación con las Universidades y otros entes públicos y privados con competencias en el ámbito de la investigación e innovación es competencia de la:

- a) Dirección General de Profesionales
- b) Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
- c) Dirección General de Sistemas de la Información, Calidad y Prestación farmacéutica
- d) Dirección General de Presupuestos

12.-De acuerdo con la Orden SAN/1211/2019, de 2 de diciembre, por la que se modifica la Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, por la que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, el Servicio de Cartera de Servicios de Atención Especializada está adscrito a la:

- a) Dirección General de Profesionales
- b) Dirección General de Sistemas de la Información, Calidad y Prestación farmacéutica
- c) Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
- d) Dirección General de Infraestructuras

13.- De acuerdo con la Orden SAN/1211/2019, de 2 de diciembre, por la que se modifica la Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, por la que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, será competencia del Servicio de Cartera de Servicios de Atención Especializada:

- a) El impulso, desarrollo y coordinación de las Estrategias Regionales de Atención al Paciente crónico y de Cuidados Paliativos
- b) La gestión, control, seguimiento y evaluación de los procesos de atención sanitaria y sociosanitaria de las personas con trastornos mentales.
- c) El impulso de la alta resolución de casos clínicos aplicando criterios homogéneos para todo el Servicio Público de Salud, especialmente de las consultas externas.
- d) El diseño, impulso e implantación de estrategias de humanización de la asistencia sanitaria.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

14. La planificación, programación y gestión de los sistemas de reconocimiento del desarrollo profesional del personal de la Gerencia Regional de Salud, según lo previsto por el Decreto 42/2016, de 10 de noviembre por el que se establece la organización y el funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, es competencia de la:

- a) Gerencia de Asistencia Sanitaria correspondiente
- b) Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
- c) Dirección General de Profesionales
- d) Dirección General de Salud Pública

15. La coordinación y, en su caso, gestión de los actos derivados de las situaciones administrativas del personal y de su régimen jurídico es una competencia atribuida a:

- a) La Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
- b) La Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica.
- c) La Dirección General de Infraestructuras y Tecnologías de la Información.
- d) La Dirección General de Profesionales.

16. El órgano superior de participación de la Gerencia Regional de Salud en los términos y con las funciones de carácter consultivo previstas en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León se denomina:

- a) Comisión Permanente del Consejo Castellano Leonés de Salud.
- b) Agrupación de representantes de los sectores sociales en el ámbito de la Salud de Castilla y León.
- c) Consejo Castellano Leonés de Sanidad, Servicios Sociales y Familia.
- d) Comité Sanitario Castellano y Leonés.

17.- De acuerdo con el artículo 19 de la de Ordenación del sistema de Salud de Castilla y León, el equipo de Atención Primaria desarrollará su actividad, señale la respuesta incorrecta:

- a) En el área de salud correspondiente de acuerdo con las instrucciones de la División de Asistencia Sanitaria
- b) En la Zona Básica de Salud
- c) En coordinación con las estructuras de Atención Especializada
- d) Con un enfoque docente e investigador

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

18.- Según el artículo 21 de la Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, en el supuesto de que un paciente se niegue a firmar el alta voluntaria por no aceptar el tratamiento prescrito así como los procedimientos alternativos, dispondrá el alta forzosa:

- a) el médico encargado del caso
- b) el Jefe de Servicio, a propuesta del médico encargado del caso
- c) el Servicio de Admisión, a propuesta del médico encargado del caso
- d) la Dirección del Centro, a propuesta del médico encargado del caso

19.- De acuerdo con el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica:

- a) obligatoriamente en el soporte original
- b) exclusivamente durante el tiempo adecuado a cada caso
- c) como mínimo seis años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial
- d) cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

20.- ¿Cuál es la normativa vigente que establece el procedimiento para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud de personal estatutario en centros e instituciones sanitarias dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León?

- a) ORDEN SAN/1037/2014
- b) ORDEN SAN 1034/2015
- c) ORDEN SAN 1033/2016
- d) ORDEN SAN 104/2013

21.- Señalar la prestación que no está considerada en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud

- a) Prestación farmacéutica.
- b) Prestación ortoprotésica.
- c) Prestación con productos dietéticos
- d) Transporte sanitario urgente

22.- Identifique que leyes se ven modificadas en alguno de sus artículos por el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

- a) Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- b) Modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

- c) Modificación del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.
- d) Todas las leyes se ven modificadas por el RD Ley del 16/2012

23.- El Ciclo de mejora continua, también llamado ciclo PDCA, está considerado como un aspecto nuclear en cualquier iniciativa de calidad y de mejora continua. Señale las fases del Ciclo PDCA:

- a) Planificar, pensar, hacer y actuar
- b) Planificar, hacer, verificar y actuar
- c) Planificar, dirigir, comprobar y actuar
- d) Planificar, discutir, controlar y actuar

24.- Identifique cuál de los siguientes proyectos no forma parte de la estrategia de seguridad del paciente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León:

- a) Proyecto No hacer
- b) Sistema de identificación de incidentes sin daño (SISNOT)
- c) Higiene de manos
- d) Todos los proyectos forman parte de la estrategia de seguridad de pacientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

25.- Identifique cuál de los siguientes proyectos no forma parte de la estrategia de seguridad del paciente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León:

- a) Sistema de identificación de incidentes sin daño
- b) Higiene de manos
- c) Seguridad en Uci: Infección Catéteres Zero (CAT-Z)
- d) Seguridad en Quirófano- Infección quirúrgica Zero.

26.- ¿Cuál es el decreto por el que se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León?:

- a) Decreto 108/2002
- b) Decreto 103/2003
- c) Decreto 14/2002
- d) Decreto 16/2012

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

27.- En relación a los comités de ética de investigación con medicamentos en España, señale la respuesta falsa:

- a) Están regulados por el Real Decreto 1091/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.
- b) Para la coordinación del dictamen en los ensayos clínicos con medicamentos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios facilitará el intercambio de información entre la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y los CEIm, así como coordinará con las comunidades autónomas, los órganos supervisores de los CEI y los propios CEIm el desarrollo y mantenimiento de un sistema de información único e integrado para los ensayos clínicos con medicamentos.
- c) Dentro de las Funciones de los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos se encuentran la Evaluación de los aspectos metodológicos, éticos y legales y emisión del dictamen correspondiente, así como las modificaciones sustanciales y la realización de un seguimiento del estudio, desde su inicio hasta la recepción del informe final.
- d) Los CEIm serán acreditados por la autoridad sanitaria competente en cada comunidad autónoma o, en el caso de los centros dependientes de la Administración General del Estado, por el órgano competente de la misma.

28.- Señale cuales de las siguientes son dimensiones transversales de la calidad según el modelo PATH de la OMS:

- a) Efectividad y eficiencia.
- b) Efectividad y responsabilidad social.
- c) Seguridad y atención centrada en el paciente.
- d) Eficiencia y atención centrada en el paciente.,

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

29.- Identifique la afirmación falsa en relación a los Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria previstos en la ley de cohesión y calidad del SNS

- a) Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.
- b) las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.
- c) Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.
- d) Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos no podrán ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español.

30.- ¿Por qué normativa se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos?

- a) Real Decreto 1090/2015
- b) Ley 1090/2015
- c) Real Decreto 1055/2015
- d) Ley 1055/2015

### PREGUNTAS CUESTIONARIO PARTE ESPECÍFICA

31.- De acuerdo con la clasificación histológica de la Displasia Fibromuscular y su relación con la edad y el género, la Fibroplasia de la Intima se presenta con mayor incidencia en:

- a. Mujeres entre 20-70 años.
- b. Mujeres y Varones jóvenes.
- c. Mujeres jóvenes.
- d. Varones a cualquier edad.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

32.- De acuerdo con la clasificación de isquemia de Rutherford, un paciente no diabético con dolor de reposo y una necrosis digital y con una presión arterial en tobillo en reposo menor de 40 mmhg y flujo distal de curva plana, pertenece a categoría:

- a. 3
- b. 4
- c. 5
- d. 6

33.- Los contundentes resultados terapéuticos del estudio JUPITER sobre el beneficio en la morbimortalidad de los pacientes, son reconocidos en las guías clínicas del manejo de la isquemia crítica de las extremidades, con una calificación 1 A. Señale a que grupo de fármacos se refiere este estudio:

- a. antihipertensivos
- b. antiagregantes
- c. estatinas
- d. anticoagulantes

34.- De acuerdo con la clasificación TASC II de lesiones del sector femoropoplíteo, una estenosis simple de la arteria poplítea, ¿a que tipo pertenece?:

- a. A
- b. B
- c. C
- d. D

35.- Respecto a los traumatismos penetrantes cervicales por objeto punzante, cuál de las siguientes actuaciones es la menos adecuada, actualmente:

- a. Los traumatismos penetrantes arteriales en las zonas I y III, deben ser abordados en general mediante procedimientos endovasculares o híbridos (endo y cirugía abierta).
- b. Los traumatismos vasculares penetrantes de la zona II deben ser abordados en general, mediante cirugía abierta.
- c. Los traumatismos penetrantes arteriales de cualquier zona (I,II,III) que cursan con déficit neurológico establecido, deben conseguir además la revascularización encefálica, antes de 24 horas.
- d. Los traumatismos penetrantes de la zona II, en paciente estable hemodinámicamente y sin signos de afectación bronquial, la exploración quirúrgica no selectiva debe ser la norma.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

36.- Según la clasificación de Crawford, que localización de aneurisma toraco-abdominal es más frecuente:

- a) Tipo I
- b) Tipo II
- c) Tipo III
- d) Tipo IV

37.- En caso de ser necesario la realización de fasciotomías en extremidades, una de las siguientes afirmaciones es falsa. Señálala:

- a. Para descomprimir completamente los compartimentos del antebrazo es necesario obligatoriamente de dos incisiones.
- b. Para descomprimir completamente la pierna es necesario obligatoriamente de dos incisiones.
- c. Para descomprimir el muslo en la mayoría de los casos es necesario de una incisión.
- d. La descompresión de la nalga en muchos casos requiere de neurolisis de ciático.

38.- Si fuese preciso la cirugía abierta de un aneurisma de la aorta torácica en un tipo C de la clasificación de torácicos descendentes o Tipo I de Crawford toracoabdominal, que asociación de medidas de las expuestas a continuación, no es la adecuada, en la prevención de la isquemia medular y la paraplejia.

- a. Normotermia y drenaje del líquido cefalorraquídeo dejando su presión por debajo de 10mmhg.
- b. Normotermia y By-pass corazón izquierdo (Left heart by-pass) para perfusión distal.
- c. Hipotermia en torno a 32ºc. y potenciales evocados.
- d. Hipotermia menor de 32ºc, en combinación con drenaje de líquido cefalorraquídeo.

39.- En los diferentes estudios clásicos Europeos y Americanos, comparando la cirugía electiva endovascular (EVAR) con la cirugía abierta en el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal infrarenal; se expone un mayor índice de reintervenciones para la técnica EVAR, excepto en uno. Señale ese estudio:

- a. EVAR 1
- b. DREAM
- c. OVER
- d. ACE

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

40.- Con respecto a los aneurismas ilíacos aislados (sin afectación aortica) y la clasificación anatómica de Reber basada en la afectación de una o varias arterias del sector ilíaco, señale el tipo III de Reber.

- a. Los de iliaca interna.
- b. Los de iliaca interna e iliaca externa
- c. Los de iliaca primitiva e iliaca interna
- d. Los de iliaca primitiva, iliaca interna e iliaca externa.

41.- Los “cuellos angulados” son una dificultad muy limitante para la técnica endovascular (EVAR) que trata el aneurisma de aorta abdominal infrarenal. Señale que prótesis de la lista, es la única aprobada por la FDA norteamericana, para cuellos aórticos angulados de hasta 90º y 15 mm de longitud.

- a. Gore excluder C3
- b. Zenith Cook
- c. Aorfix
- d. Trivascular Ovation

42.- En el caso de coexistir un aneurisma aórtico infrarrenal inflamatorio de 7 cms de diámetro con un cuello de 0.8mm de longitud y un riñón en hendidura con arterias dominantes de más de 3mm que se originan del aneurisma, ¿qué abordaje quirúrgico considera el más adecuado, según las guías europeas?:

- a. Abierto transperitoneal, via media
- b. Abierto subcostal transperitoneal
- c. Abierto retroperitoneal
- d. endovascular

43.- Si usted está realizando una angioplastia de una arteria ilíaca primitiva calcificada, y se produce una rotura muy próxima a la bifurcación aórtica con una hemorragia importante, Como debe actuar desde el punto de vista endovascular.

- a. Stent cubierto.
- b. Balón oclusor y esperar un tiempo prudencial.
- c. Dispositivo aortouniliaco + by-pass femorofemoral.
- d. Dispositivo oclusor y realización de by-pass cruzado femoro-femoral.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

44.- En el manejo del pseudoaneurisma postpunción, el empleo de compresión ecoguiada y el uso de Trombina inyectada directamente en el “saco”, es una práctica habitual. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. Índice de éxito > 75%
- b. Puede haber complicaciones, como trombosis, embolizaciones.
- c. Su utilización es “off Label” (fuera de indicación).
- d. Muy elevado riesgo de anafilaxia.

45.-Ante un síndrome compartimental postreperfusión de una extremidad revascularizada por un proceso isquémico, con una indicación absoluta de Fasciotomía descompresiva, y no se ha practicado a tiempo (más de 12 horas); señale en torno a que porcentaje de amputación mayor nos podemos enfrentar posteriormente.

- a. 40%
- b. 50%
- c. 60%
- d. 70%

46.- En la patología oclusiva crónica del sector aortoiliaco, señale la respuesta no correcta:

- a. El diagnóstico puede hacerse con palpación de pulsos y medidas de presión arterial
  - b. Es obligatoria la realización de arteriografía convencional
  - c. Puede presentarse de forma asintomática
  - d. Los pacientes pueden conservar pulsos a nivel femoral y distal
- a. La complicación más frecuente es la isquemia medular

47.- Respecto al vaso de destino arterial en la cirugía de revascularización infrapoplítea, señale la respuesta falsa:

- a. En el resultado influye que tenga continuidad con el pie
- b. La disección quirúrgica de las arterias del pie es muy complicada
- c. Los injertos cortos infrapoplíteos permiten optimizar la disponibilidad de vena safena
- d. La elección de una arteria inframaleolar empeora la perfusión del antepie

48.- En relación a la enfermedad arterial periférica, el concepto de isquemia crítica de extremidad no incluye:

- a. Dolor de reposo persistente que requiere analgesia durante al menos 2 semanas.
- b. Presión sistólica en tobillo por debajo de 50 mm de Hg.
- c. Presión sistólica en dedo pie por debajo de 30 mm de Hg.
- d. Índice tobillo brazo no colapsable.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

49.- ¿En cuál de los siguientes tipos de atrapamiento poplíteo está comprometida la vena poplítea?

- a. Tipo II.
- b. Tipo VI.
- c. Tipo V.
- d. Tipo III.

50.- En el síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea señale la respuesta falsa:

- a. La miotomía precoz es mejor que la reconstrucción arterial
- b. En pacientes jóvenes debe optarse por el tratamiento quirúrgico
- c. El tratamiento endovascular es el que aporta peores resultados
- d. El mejor tratamiento es anticoagular y preservar la arteria poplitea

51.- En relación a la enfermedad quística adventicial, señale la respuesta falsa:

- a. Nunca afecta a otras arterias (arteria iliaca y femoral)
- b. Nunca afecta a segmentos venosos (vena femoral y safena)
- c. En la mayoría de los casos la afectación de la arteria poplitea es unilateral
- d. Afecta a pacientes añosos y con factores de riesgo vascular

52.- En relación al diagnóstico de la enfermedad carotídea, señale la respuesta incorrecta:

- a. En la actualidad no está indicada la angiografía rutinaria.
- b. El método diagnóstico más costo-efectivo es el ecodoppler
- c. El ecodoppler debe repetirse antes de la endarterectomía si han pasado 4 semanas desde la primera exploración.
- d. Por definición, los accidentes isquémicos transitorios nunca cursan como infartos agudos en la angioresonancia.

53.- En la evaluación diagnóstico-terapéutica de la isquemia cerebro vascular, señale la respuesta correcta:

- a. En la mayor parte de ensayos clínicos realizados, el grado de estenosis no está directamente relacionado con el riesgo de evento cerebrovascular.
- b. La edad, en los pacientes asintomáticos, no representa un papel importante para la decisión de indicar una endarterectomía carotídea.
- c. Hasta un 20% de estudios de tomografía computerizada previos a la endarterectomía carotídea en pacientes asintomáticos demuestran la incidencia de infartos silentes.
- d. La concurrencia de patología cardiaca, renal o pulmonar no incrementa el riesgo quirúrgico en la cirugía carotídea.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

54.- En la estrategia diagnóstico-terapéutica de la estenosis carotidea, señale la respuesta correcta:

- a. En un paciente asintomático con estenosis entre el 60-99% y esperanza de vida superior a 5 años, la indicación es solo de tratamiento médico
- b. En un paciente asintomático, con estenosis crítica subocclusiva, la indicación es solo tratamiento médico
- c. En un paciente sintomático con estenosis inferior al 50% el mejor tratamiento es la intervención quirúrgica
- d. En un paciente sintomático con estenosis crítica subocclusiva el mejor tratamiento es la intervención quirúrgica

55.- Entre las respuestas neurovegetativas de las que es responsable el corpúsculo carotideo, señale la respuesta falsa:

- a. El corpúsculo carotideo se estimula fundamentalmente por la presión parcial de O<sub>2</sub>
- b. La señal neurológica se transmite a través del nervio hipogloso
- c. La hipoxia influye en la estimulación del cuerpo carotideo
- d. La respuesta neurológica produce vasoconstricción.

56.-Respecto a los paragangliomas, señale la respuesta falsa:

- a. Son tumores que pertenecen al sistema autonómico
- b. Se presentan exclusivamente en el cuello
- c. Los carotideos son los más comunes de los paragangliomas cervicales
- d. Se desarrollan también a nivel timpánico, vagal o yugular

57.- En los traumatismos vasculares, señale la respuesta incorrecta:

- a. En la extremidad superior, los vasos afectados más frecuentemente son los del antebrazo
- b. En la extremidad inferior la arteria más afectada es la poplítea
- c. El síndrome de aplastamiento aparece más frecuentemente en la extremidad superior.
- d. Los traumatismos vasculares en la extremidad inferior se asocian con más frecuencia a mortalidad.

58.- En la exploración clínica de un traumatismo arterial están descritos "signos duros" y "signos blandos". Señale el que NO se considera "signo blando":

- a. Pulso distal disminuido.
- b. Déficit neurológico.
- c. Pulso distal ausente
- d. Historia de hemorragia significativa.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

59.- El síndrome de May-Thurner es:

- a) Trombosis de la vena iliaca
- b) Recanalización de la vena iliaca
- c) Compresión de la vena iliaca
- d) Degeneración de la arteria y vena iliaca

60.- Uno de los siguientes criterios no se considera diagnóstico de la arteritis de Takayasu según el American College of Rheumatology:

- a. Edad de aparición menor de 40 años
- b. Pulso braquial disminuido
- c. Soplo valvular aórtico
- d. Evidencia de estenosis en arterias del arco aórtico en Angio Tc

61.- En la Disección aórtica Tipo B crónica, señale la respuesta incorrecta:

- a. Intervenir aneurismas menores de 55 mm no aporta beneficio en la supervivencia
- b. Los pacientes asintomáticos no deben intervenirse independientemente del diámetro de la aorta.
- c. En mujeres con enfermedades del tejido conectivo, se debe considerar diámetros de 50-55 mm para indicar la intervención
- d. El primer objetivo de la intervención es evitar la rotura aórtica

62.- En el diagnóstico de la trombosis venosa profunda de los miembros inferiores, señale la respuesta incorrecta:

- a. En pacientes de bajo riesgo, la combinación de la escala de Wells con un D-Dímero normal tiene un valor predictivo negativo casi del 100%
- b. Los niveles de D-Dímero se incrementan durante el embarazo
- c. La elevación de los niveles del D-Dímero no tienen que ver con el tamaño del trombo o su extensión.
- d. En mujeres gestantes con sospecha de trombosis venosa profunda, es necesario repetir el ecodoppler aunque los hallazgos iniciales sean normales

63.- ¿Cuál de los siguientes síntomas y signos exploratorios es menos frecuente encontrar en la enfermedad de Horton?:

- a) Claudicación mandibular
- b) Úlceras digitales
- c) Ceguera súbita
- d) Presión arterial en los brazos asimétrica

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

64 .- En las fistulas aorto-entéricas secundarias, que bacteria suele aislarse frecuentemente:

- a) Staphylococcus aureus
- b) Staphylococcus epidermidis
- c) Coliformes/bacterias gramnegativas
- d) Bacterias anaerobias

65.- Un injerto de bypass se somete a una intervención preventiva para mantener la permeabilidad, como la angioplastia con balón o la revisión de la anastomosis, en un injerto que nunca se ha trombosado. Como se denomina a esta la permeabilidad del injerto?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Primaria asistida
- d) Finalista

66.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la isquemia aguda del miembro superior es falsa?

- a) La edad media de los pacientes es igual a la de los de la isquemia aguda en miembros inferiores
- b) La trombosis arterial es menos frecuente que la embolia
- c) La causa de embolia más frecuente es la de origen cardiaco
- d) No todos los casos requieren cirugía urgente

67.- La paraplejia y/o paraparesia es posible en la cirugía abierta de los aneurismas de la aorta abdominal rotos. Frecuencia aproximada:

- a) 1%
- b) 2%
- c) 5%
- d) Sólo ocurre en aneurismas suprarrenales rotos

68.- ¿Cuál de los siguientes factores presagia un peor resultado después del tratamiento mediante trombolisis intra-arterial percutánea guiada por catéter en la isquemia aguda debida a la trombosis de un injerto revascularizador previo?

- a) Recorrido del alambre guía por el injerto ocluido
- b) Oclusión del injerto de menos de 14 días
- c) Injerto de material protésico
- d) Permeabilidad del injerto mayor de 2 años

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

69.- No es un sistema de puntuación (predictor preoperatorio de mortalidad) en el caso de los aneurismas abdominales rotos:

- a) Hardman
- b) APACHE
- c) POSSUM
- d) Glasgow

70.- Según el consenso TASC II de 2007, ¿en qué tipo clasificaría la oclusión completa de la arteria femoral común con todo el resto del estudio arteriográfico normal?

- a) Tipo A
- b) Tipo B
- c) Tipo C
- d) Tipo D

71.- ¿En cuál de los siguientes pacientes es de elección la revascularización mediante bypass fémoro-poplíteo a 1<sup>a</sup> porción?

- a) Empeoramiento clínico a claudicación menor de 100 metros y oclusión completa de la arteria femoral superficial
- b) Dolor en reposo no mejorado con analgésicos opiáceos en el último mes y oclusión de la arteria femoral común
- c) Inicio clínico con úlcera digital sin exposición ósea, con oclusión completa de la arteria femoral superficial y con presión digital de 60 mmHg
- d) Diabético, con claudicación reciente y oclusión de la arteria femoral superficial completa

72.- ¿Qué es falso sobre la revascularización mediante bypass en miembros inferiores?

- a) Usar vena autóloga tiene mejor tasa de permeabilidad
- b) No existe diferencia de permeabilidad entre usar vena autóloga y material protésico en revascularización por encima de la rodilla
- c) Si no hay vena autóloga en la pierna enferma la mejor alternativa es usar la vena safena interna de la otra pierna si en ésta el índice tobillo-brazo es mayor de 0,6
- d) En caso de usarse material protésico para bypass por debajo de rodilla debe interponerse un manguito venoso a modo de parche o “cuff” en la anastomosis

73.- En la clínica neurológica del síndrome de salida torácica, ¿Qué es cierto?:

- a) No es frecuente que exista un antecedente de traumatismo
- b) Los síntomas principales son dolor, parestesias, entumecimiento y debilidad en el brazo o en la mano localizados en una distribución nerviosa periférica específica
- c) Si se afectan las ramas superiores del plexo braquial aparecen síntomas en las zonas inervadas por el nervio mediano y cubital
- d) Es común la asociación con dolor de cabeza de localización occipital

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

74.- ¿Qué es cierto sobre el tratamiento de la afectación arterial en el síndrome del desfiladero torácico?

- a) La recidiva clínica tras el tratamiento descompresor y reparación arterial es infrecuente
- b) El tratamiento descompresor sin reparación arterial está indicado siempre en los casos asintomáticos
- c) El estado de la vascularización distal no influye en los resultados a largo plazo tras la descompresión y reparación arterial
- d) El abordaje transaxilar es el más frecuentemente usado si se necesita reparación arterial

75.- En el síndrome de salida torácica ¿ qué es falso?

- a) Es más frecuente en mujeres
- b) Es más frecuente en mayores de 50 años
- c) La mayoría de los casos cursan con clínica neurológica
- d) Es más frecuente la afectación de la vena que la arteria subclavia

76.- ¿Qué es falso en las complicaciones neurológicas tras la cirugía carotídea?

- a) Son más frecuentes tras cirugía urgente o reintervención
- b) En la mayoría de casos suelen ser transitorias
- c) La lesión del nervio gloso-faríngeo es más frecuente en caso de bifurcación carotídea alta
- d) La lesión del nervio cervical transverso provoca entumecimiento en la proximidad del ángulo mandibular y el lóbulo de la oreja

77.- ¿Cuál es la técnica más eficaz para determinar la necesidad de usar shunt durante la endarterectomía carotídea?

- a) La oximetría cerebral
- b) La detección de potenciales evocados somatosensoriales
- c) Cirugía mediante anestesia regional
- d) Medición de la presión arterial residual en el muñón carotídeo tras el clampaje

78.- ¿Cuál de los siguientes no es considerado un signo o síntoma duro de sospecha de traumatismo arterial en las extremidades?

- a) Hipotensión
- b) Hematoma pulsátil
- c) Ausencia de pulsos distales
- d) Soplo o thrill

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

79.- En la fisiopatología de los traumatismos arteriales, ¿Qué es falso?

- a) En el traumatismo arterial penetrante la lesión es consecuencia de la aplicación directa de fuerzas de compresión o distracción
- b) En el traumatismo arterial cerrado la lesión puede ser ocasionada por fuerza de cizallamiento
- c) En el traumatismo arterial cerrado la lesión puede ser ocasionada por una brusca desaceleración
- d) Puede haber traumatismo arterial penetrante en un traumatismo por contusión

80.- ¿Cuál de los siguientes no es factor de riesgo para sufrir la aparición de una fístula iatrogénica femoral?

- a) Sexo femenino
- b) Hipertensión arterial
- c) Obesidad
- d) Diabetes mellitus

81.- ¿En cuál de las siguientes situaciones de pacientes con pseudoaneurisma femoral poscateterismo, no está contraindicado el tratamiento con la inyección percutánea de trombina guiada por ultrasonidos?

- a) Anticoagulación
- b) Embarazo
- c) Infección inguinal
- d) Co-existencia de fístula arterio-venosa femoral

82.- ¿Cuál es el abordaje quirúrgico idóneo para el tratamiento abierto de un aneurisma de la arteria subclavia izquierda proximal?

- a) Infraclavicular + supraclavicular
- b) Esternotomía media + supraclavicular
- c) Toracotomía izquierda + supraclavicular
- d) Esternotomía media + infraclavicular

83.- Respecto a la arteria subclavia derecha aberrante, ¿qué es falso?

- a) Es una anomalía congénita frecuente del arco aórtico (hasta el 1% de la población)
- b) Es casi siempre asintomática
- c) La clínica más frecuente en caso de desarrollo de aneurisma es disfagia, disnea y tos
- d) Se denomina divertículo de Kommerell al aneurisma que se desarrolla en su 1/3 medio

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

84.- ¿Qué afirmación sobre la fístula aorto-entérica primaria es falsa?

- a) Es menos frecuente que la secundaria
- b) La localización más frecuente es entre la aorta y la 2<sup>a</sup> porción duodenal
- c) La úlcera péptica es una de sus causas
- d) En la mayoría de los casos se asocia con aneurisma de aorta abdominal

85.- ¿En el diagnóstico de la fístula aorto-entérica que es falso?

- a) Se debe sospechar en caso de sangrado digestivo y antecedente de revascularización aórtica previa
- b) La endoscopia oral es definitiva en el diagnóstico si se observan restos de sangre y compresión extrínseca del duodeno
- c) El angio-TAC ofrece la tasa más alta de detección
- d) La gammagrafía con leucocitos marcados con Indio 111 tiene baja sensibilidad

86.- ¿Qué afirmación de las siguientes es falsa en el tratamiento de la fístula aorto-entérica?

- a) La reparación local y la incompleta resección protésica tiene mayor mortalidad
- b) No está indicado el drenaje de la colección periprotésica más antibioterapia de amplio espectro durante largo tiempo sin reparar la fístula
- c) En caso de reparación in situ es muy conveniente realizar una epiplón-plastia que cubra la zona intervenida
- d) La mortalidad media perioperatoria en la mayoría de las series es del 15 al 20%

87.- Sobre la medición invasiva del gasto cardiaco, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a) En el método de termodilución el gasto cardiaco es directamente proporcional al área bajo la curva de termodilución.
- b) El método de termodilución tiende a infraestimar el gasto cardiaco en los pacientes con bajo gasto.
- c) El método de Fick es más preciso que el de termodilución en los pacientes con bajo gasto.
- d) En presencia de insuficiencia tricuspidea el método de termodilución es mejor que la técnica de Fick para medir el gasto cardiaco.

88.- Con respecto a la escala de flujo TIMI (Thrombolysis in Myocardial Ischemia/Infarction), señale la opción correcta:

- a) Flujo TIMI 1 indica que no hay penetración del contraste más allá de la estenosis (estenosis del 100%, oclusión).
- b) Flujo TIMI 1 indica que el contraste penetra más allá de la estenosis pero no hay perfusión del vaso distal.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

- c) Flujo TIMI 2 indica que el contraste alcanza el vaso distal y se elimina con la misma velocidad que en las demás arterias coronarias.
- d) Flujo TIMI 3 indica que no hay penetración del contraste más allá de la estenosis (estenosis del 100%, oclusión).

89.- Con respecto al diagnóstico de amiloidosis mediante gammagrafía, señale la falsa:

- a) El radiotrazador más utilizado en nuestro medio es el  $^{99m}\text{Tc}$ -ácido 3,3-difosfono-1,2-propanodicarboxílico ( $^{99m}\text{Tc}$ -DPD).
- b) La captación miocárdica del trazador está incrementada en los pacientes con amiloidosis por transtirretina senil pero no en los casos hereditarios.
- c) Algunos pacientes con amiloidosis AL presentan captación miocárdica de bajo grado.
- d) Detecta los depósitos de amiloide de forma muy precoz.

90.- Con respecto a la resonancia magnética cardiaca, señale la opción falsa:

- a) Aporta información valiosa en el estudio del daño miocárdico agudo sin obstrucción de las arterias coronarias (MINOCA).
- b) El estudio de estrés con imágenes de perfusión miocárdica obtiene mejores resultados que la SPECT para la detección de enfermedad arterial coronaria.
- c) Un valor de T1 nativo bajo (acortado) es característico de la amiloidosis cardiaca.
- d) Un valor de T2\* inferior a 20 ms es compatible con sobrecarga de hierro.

91.- El mapeo en T1 en resonancia cardiaca estima:

- a) La expansión del espacio extracelular en el miocardio de forma cualitativa.
- b) La expansión del espacio extracelular en el miocardio de forma cuantitativa.
- c) La fracción regional de agua libre en el miocardio de forma cualitativa.
- d) La fracción regional de agua libre en el miocardio de forma cuantitativa.

92.- El método de posprocesado de la imagen más habitual para el diagnóstico de enfermedad coronaria en la tomografía computerizada es:

- a) La imagen cartesiana.
- b) La reconstrucción volumétrica.
- c) La reconstrucción axial.
- d) El reformato multiplanar.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

93.- La tomografía computerizada se utiliza de forma rutinaria antes y después del remplazo valvular aórtico transcatéter porque permite evaluar todos los siguientes parámetros excepto uno, ¿cuál?:

- a) El tamaño del anillo aórtico.
- b) La determinación de los ángulos radioscópicos para el despliegamiento coaxial del dispositivo.
- c) La cuantificación del grado de insuficiencia valvular tras el implante.
- d) La presencia de trombosis del dispositivo.

94.- Según las guías de la ESC sobre revascularización miocárdica del año 2018 y con respecto al síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), señale la opción falsa:

- a) Se recomienda que la revascularización sea completa en caso de enfermedad multivaso.
- b) La revascularización completa realizada durante el procedimiento inicial ofrece mejores resultados clínicos que la revascularización programada en varias etapas.
- c) La revascularización sistemática de las lesiones no culpables durante el procedimiento urgente es beneficiosa para los pacientes en shock cardiogénico.
- d) El riesgo de complicaciones en el procedimiento es superior al de los pacientes con enfermedad coronaria estable.

95.- Según las guías de la ESC sobre revascularización miocárdica del año 2018, en un paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) y una puntuación GRACE > 140 , la coronariografía debe realizarse:

- a) En menos de 2 horas.
- b) En menos de 24 horas.
- c) En menos de 72 horas.
- d) Únicamente si se identifica isquemia en un test de provocación.

96.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa en el intervencionismo coronario percutáneo es falsa?:

- a) Disminuyen la necesidad de revascularización urgente en los próximos 30 días
- b) Disminuyen la tasa de infarto periprocedimiento,
- c) La mayor reducción de eventos clínicos adversos sucede en las primeras 48 horas
- d) En pacientes con SCASEST, su administración rutinaria y precoz mejora la mortalidad a 30 días sin incrementar el riesgo de sangrado de forma significativa.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

97.-Sobre el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, señale la opción correcta:

- a) Los pacientes con angina inestable tienen una mortalidad a corto plazo similar a los pacientes con infarto sin elevación del segmento ST.
- b) Los pacientes con infarto sin elevación del segmento ST tienen una mortalidad a corto plazo mayor que los pacientes con infarto con elevación del segmento ST.
- c) Los pacientes con infarto sin elevación del segmento ST tienen una mortalidad a largo plazo similar a los pacientes con infarto con elevación del segmento ST.
- d) Los pacientes con infarto sin elevación del segmento ST tienen una mortalidad a largo plazo mayor que los pacientes con infarto con elevación del segmento ST.

98 .- La fibroplasia neointimal postquirúrgica suele aparecer:

- a) Durante el primer mes
- b) Antes de los 18 meses
- c) Pasados los 3 años
- d) A los 5 años

99.- ¿Cuál de las siguientes diferencias entre el infarto de miocardio sin obstrucción arterial coronaria y el infarto mediado por ateroesclerosis coronaria es falsa?:

- a) El pronóstico a largo plazo es peor en el infarto sin obstrucción arterial coronaria.
- b) Los pacientes son más jóvenes en el infarto sin obstrucción arterial coronaria.
- c) El porcentaje de mujeres es mayor en el infarto sin obstrucción arterial coronaria.
- d) Los factores de riesgo cardiovascular (salvo el tabaquismo) son menos frecuentes en el infarto sin obstrucción arterial coronaria.

100.- Un paciente acude a urgencias con un infarto con elevación del segmento ST. Al describir sus síntomas cierra el puño contra el esternón. ¿Cómo se llama este signo?

- a) Signo de Adam.
- b) Signo de Levine.
- c) Signo de Quincke.
- d) Signo de Müller.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

101.- Según el Código Infarto de Castilla y León (2014), ¿cuál es la dosis adecuada de medicación para un paciente de 50 años que pesa 75 kg y tiene un aclaramiento de creatinina de 25 mL/min que va a ser fibrinolisado?:

- a) Tenectaplase (TNK-tPA) 8000 U (40 mg) + enoxaparina 1mg/Kg de peso cada 24 horas.
- b) Tenectaplase (TNK-tPA) 8000 U (40 mg) + 15 mg de enoxaparina intravenosa + enoxaparina 1mg/Kg de peso cada 24 horas.
- c) Tenectaplase (TNK-tPA) 8000 U (40 mg) + 30 mg de enoxaparina intravenosa + enoxaparina 1mg/Kg de peso cada 12 horas.
- d) Tenectaplase (TNK-tPA) 8000 U (40 mg) + 15 mg de enoxaparina intravenosa.

102.- Con respecto a la fibrinolisis, señale la opción falsa:

- a) Se ha observado el beneficio de la ICP temprana sistemática después del tratamiento trombolítico en ausencia de un aumento del riesgo de eventos adversos.
- b) Se recomienda un margen temporal de 2-24 h tras una trombólisis satisfactoria.
- c) En los casos de fibrinolisis fallida el paciente debe ser sometido a una coronariografía con la intención de realizar una ICP de rescate.
- d) El margen temporal recomendado para la ICP de rescate son las primeras 12 horas.

103.- Según el Código Infarto de Castilla y León (2014), ¿cuál de los siguientes hospitales no dispone de Unidad de Hemodinámica con los requisitos necesarios para la realización de ICP primaria?

- a) Hospital Clínico Universitario del Río Hortega, Valladolid.
- b) Complejo Asistencial Universitario de Burgos.
- c) Complejo Asistencial Universitario de León.
- d) Complejos Asistencial Universitario de Salamanca.

104.- Sobre los stents farmacoactivos de nueva generación, señale la opción correcta:

- a) El riesgo de muerte o infarto de miocardio a medio y largo plazo es similar al de los stents metálicos.
- b) El riesgo de trombosis muy tardía del stent es comparable al de los stents farmacoactivos de primera generación.
- c) Liberan fármacos activos análogos del paclitaxel.
- d) La malla es más gruesa que en los stents farmacoactivos de primera generación.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

105.- Sobre los stents reabsorbibles, señale la opción falsa:

- a) El dispositivo Absorb BVS resulta inferior a los stents farmacoactivos contemporáneos en seguridad.
- b) El dispositivo Absorb BVS resulta inferior a los stents farmacoactivos contemporáneos en eficacia.
- c) Se asocian un aumento significativo de revascularización de la lesión diana, pero no de trombosis del stent.
- d) En pacientes tratados con stents reabsorbibles se debe considerar la prolongación de la doble antiagregación durante 3 años o más.

106.- ¿Cuál es la principal indicación para el uso de balones recubiertos de fármacos en el intervencionismo coronario percutáneo?:

- a) Las lesiones ostiales.
- b) La reestenosis del stent.
- c) La angioplastia primaria.
- d) Las estenosis en bifurcación.

107.- Con respecto a las técnicas de imagen intracoronaria, señale la correcta:

- a) la tomografía de coherencia óptica tiene una penetración mayor en la pared del vaso que la ecografía intravascular.
- b) La ecografía intravascular tiene más resolución que la tomografía de coherencia óptica.
- c) la tomografía de coherencia óptica es más sensible que la ecografía intravascular para detectar roturas de la cubierta fibrosa
- d) la ecografía intravascular no resulta útil para identificar los factores mecánicos subyacentes en el fallo del stent.

108.- Disminuyen el riesgo de fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía de revascularización todos los siguientes excepto:

- a) Las técnicas de cirugía sin bomba.
- b) La hipertensión arterial.
- c) Los betabloqueantes.
- d) Las estatinas.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

109.- ¿Cuál es la localización más frecuente de la lesión aórtica traumática aguda?

- a) El istmo aórtico.
- b) La raíz aórtica.
- c) La encrucijada toracoabdominal.
- d) El precayado

110.- Despues de la rotura aórtica aguda, la segunda causa más frecuente de muerte en los pacientes con disección aórtica tipo A es:

- a) Isquemia coronaria.
- b) Isquemia mesentérica.
- c) Isquemia cerebral.
- d) Insuficiencia aórtica.

111.- Según las guías de la ESC de patología aórtica, ¿Cuál es la técnica de imagen que ofrece un excelente valor diagnóstico en el síndrome aórtico agudo en todas sus modalidades?

- a) Ecocardiograma transtorácico.
- b) Ecocardiograma transesofágico.
- c) Tomografía computerizada.
- d) Resonancia cardiaca.

112.- Según las guías de la práctica clínica de la ESC sobre enfermedades de la aorta, son datos clínicos que incrementan la probabilidad a priori de síndrome aórtico agudo todos los siguientes excepto:

- a) Enfermedad de Marfan.
- b) Historia de valvulopatía aórtica.
- c) Hipertensión arterial (no controlada).
- d) Soplo diastólico (nuevo y con dolor).

113.- Respecto al tratamiento de fenómeno de Raynaud es falso

- a) La primera línea de tratamiento médico son los bloqueantes de canales de calcio
- b) La mayoría de los pacientes mejoran con medidas físicas
- c) El Sindenafilo disminuye la duración y frecuencia de las crisis
- d) El Bosentan acelera la curación de las úlceras

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

114.- La isquemia mesentérica aguda no oclusiva se caracteriza por lo siguiente excepto:

- a) Su aparición suele ser más insidiosa que otras formas de isquemia mesentérica aguda
- b) Es típica en enfermos críticos
- c) Es la forma con menor mortalidad
- d) La presencia de lesiones ateroscleróticas en arterias digestivas no es un criterio de exclusión

115.- En la actualidad, la indicación de cirugía en pacientes con estenosis carotídea asintomática

- a) Debe basarse en la arteriografía
- b) No existe indicación de cirugía carotídea en pacientes asintomáticos
- c) Debe ser altamente restrictiva
- d) Se basa solo en el grado de estenosis arterial

116.- En la Guía Europea del manejo de la enfermedad carotídea, las siguientes recomendaciones sobre el tratamiento médico de la estenosis carotídea asintomática son ciertas, excepto:

- a) El objetivo de control de la tensión arterial es <140/90 mmHg
- b) La toma de estatinas no debe detenerse en el perioperatorio
- c) El antiagregante indicado es el Copidogrel frente a la Aspirina
- d) En pacientes diabéticos el control de factores de riesgo debe ser más estricto

117.- La etiología más frecuente de los aneurismas carotídeos extracraneales es:

- a) Infecciosos
- b) Post-endarterectomía
- c) Post-traumáticos
- d) Aterosclerosos

118.- Dado el mayor tamaño del bulbo carotídeo respecto a la carótida común, según De Jong se definen los aneurismas en esta localización como:

- a) Aumento del 50% de diámetro respecto a la carótida común
- b) Aumento del 200% respecto a la carótida interna
- c) Aumento del 100% de diámetro respecto a la carótida común
- d) Ninguna de las anteriores

119.- El tratamiento de los aneurismas carotídeos extracraneales está indicado en las siguientes condiciones, excepto

- a) Aneurismas micóticos
- b) Presencia de trombo en el aneurisma
- c) Aneurismas sintomáticos
- d) Aneurismas > 1.5 cm

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

120.- Entre los factores de riesgo para el desarrollo y crecimiento en una aneurisma de aorta abdominal, el de mayor peso es:

- a) Dislipemia
- b) Hipertensión arterial
- c) Diabetes mellitus
- d) Tabaquismo

121.- Entre las ventajas de la ecografía en el diagnóstico de los aneurisma de aorta abdominal se encuentran las siguientes, excepto:

- a) No utiliza radiación ionizante
- b) Alta disponibilidad
- c) Diagnóstico rápido de aneurisma rotos
- d) Alta sensibilidad y especificidad

122.- Los aneurismas viscerales menos frecuentes son los que afectan a:

- a) Arteria mesenterica superior
- b) Arteria Hepática
- c) Arteria esplénica
- d) Arteria mesentérica inferior

123.- La indicaciones de tratamiento de los aneurismas esplénicos incluyen todas excepto

- a) Mujeres embarazadas o en edad reproductiva
- b) Aneurismas sintomáticos
- c) Aneurismas de menores de 2 centímetros
- d) Aneurismas rotos

124.- Respecto al seguimiento de los procedimientos de revascularización quirúrgica infrainguinal las siguientes afirmaciones son ciertas, excepto:

- a) El riesgo de fallo es mayor en by-pass con safena invertida que con safena ortógrada
- b) El rescate de un by-pass de safena en fallo tiene permeabilidades comparables a un by-pass no rescatado
- c) Las estenosis de by-pass venoso detectadas en los primeros tres meses deben ser corregidas quirúrgicamente de forma preferente
- d) Tras un rescate abierto o endovascular de un by-pass venoso, el protocolo de seguimiento debe ser igual al de un by-pass de novo

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

125.- En relación con la calcificación de la placa aterosclerótica, señale la respuesta falsa:

- a) La calcificación aterosclerótica se produce a través de un proceso similar al de la condrogénesis.
- b) La calcificación de la capa media de la arteria es común en pacientes con diabetes mellitus o enfermedad renal crónica.
- c) La reacción inflamatoria estimulada por las LDL modificadas en el espacio subendotelial favorece la fibrocalcificación.
- d) La fibrocalcificación de la placa es probable que se inicie en edad adulta.

126.- Indica a qué grado de la clasificación de las úlceras del pie diabético de Wagner corresponde una úlcera se extiende a los ligamentos, al tendón, a la cápsula articular o a la fascia profunda sin absceso ni osteomielitis:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4

127.- En relación con la prevención de la recurrencia de las lesiones de los tejidos blandos en el pie diabético, señale la opción falsa:

- a) La neuropatía y/o la enfermedad arterial contribuyen a la recurrencia de estas lesiones.
- b) La ulceración de la superficie plantar se correlaciona con el aumento de la presión en la planta y el mediopié con la deambulación.
- c) El alargamiento del tendón de Aquiles por contracción o tensión crónica puede contribuir significativamente al aumento de las presiones plantares del pie.
- d) Los pacientes que no pueden realizar la dorsiflexión del tobillo más allá de la posición neutra se consideran de mayor riesgo de ulceración recurrente.

128.- Cuál de los siguientes síntomas no es característico de la isquemia vertebrobasilar:

- a) Mareos.
- b) Vértigos.
- c) Drop-attack o ataques de caída.
- d) Agnosia.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

129.- En relación con el diagnóstico de la insuficiencia vertebro-basilar, indique la respuesta falsa:

- a) La angiorresonancia es la mejor modalidad de imagen para la evaluación preoperatoria de pacientes con isquemia vertebrobasilar.
- b) Una estenosis de origen vertebral puede pasar desapercibida en las proyecciones estándar del arco aórtico.
- c) La presencia de dilatación postestenótica en el primer centímetro de la arteria vertebral sugiere una estenosis importante.
- d) La angiorresonancia magnética puede diagnosticar la inversión del flujo en la arteria vertebral.

130.- Que anomalía venosa es más frecuente y se debe tener presente durante el pinzamiento de la aorta abdominal:

- a) Vena cava izquierda
- b) Vena renal retroaórtica
- c) Vena cava duplicada
- d) Vena renal circunaórtica

131.- En relación con los objetivos del tratamiento anticoagulante de la trombosis venosa profunda, indique la respuesta falsa:

- a) Estabilizar un trombo en desarrollo dentro de las venas profundas de las extremidades inferiores.
- b) Evitar la extensión del trombo.
- c) Evitar la embolización.
- d) Acelerar al sistema fibrinolítico natural del organismo para la disolución de la fibrina.

132.- En relación con las contraindicaciones para el tratamiento ambulatorio de la trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores, indique la respuesta falsa:

- a) Hemorragia activa o de alto riesgo.
- b) Trombocitopenia.
- c) Insuficiencia cardiaca.
- d) Incumplimiento y un entorno de apoyo deficiente en el domicilio.

133.- En relación con el tratamiento de la trombosis venosa profunda infrapoplítea, indique la respuesta verdadera:

- a) El tratamiento es anticoagulación durante 3 meses, principalmente.
- b) No precisa anticoagulación, ya que la vigilancia mediante ecodoppler es suficiente.
- c) El tratamiento depende de las venas que estén afectadas.
- d) Sólo se administra anticoagulación en las trombosis venosas profundas paraneoplásicas.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

134.- En relación con el tratamiento de la trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores, indique la respuesta falsa:

- a) Si existe una trombosis femoral aislada, los pacientes evolucionan bien sólo con anticoagulación.
- b) La recanalización temprana y tardía del trombo femoral no es especialmente importante si las venas femoral común y poplítea están permeables.
- c) La trombosis de la vena poplítea distal no se asocia con complicaciones posttrombóticas.
- d) En la TVP aguda se recomienda la deambulación precoz.

135.-En relación con las varices, señale la respuesta falsa:

- a) Si se realiza únicamente ligadura alta de la vena safena mayor, la disección debe extenderse en sentido caudal 10 cm y se deben resecar 5 cm de la vena safena mayor.
- b) En la safenectomía es importante evitar dejar un muñón largo por el riesgo de formación de trombos y la consiguiente embolia pulmonar.
- c) La safenectomía hasta la rodilla evita la lesión del nervio safeno y produce menos dolor y hematomas postoperatorios.
- d) La vena safena mayor debe extraerse en dirección craneal o proximal, lo que mejora la avulsión de los afluentes y disminuye las lesiones del nervio safeno.

136.- En relación con el tratamiento de las varices, señale la respuesta falsa:

- a) La elevación de la pierna reduce la hemorragia venosa y las equimosis asociadas al stripping.
- b) En el postoperatorio, el paciente debe deambular lo antes posible.
- c) La lesión del nervio sural en el stripping de la vena safena menor es infrecuente.
- d) El torniquete proximal se utiliza en pacientes con varices para evitar hematomas mayores.

137.- La cirugía incompleta de la insuficiencia de la vena safena menor puede deberse por las siguientes causas menos una:

- a) La escasez de estudios que enfaticen la contribución de la incompetencia de la SSV a la IVC.
- b) La mayor proporción de miembros con de extremidades con reflujo de la vena safena menor en comparación con la incompetencia de la vena safena mayor.
- c) La necesidad de realizar cirugía en la vena safena mayor y menor en la misma sesión de tratamiento.
- d) Las relaciones neurovasculares de la vena safena menor que puede presentar un potencial significativo de morbilidad.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

138.- En relación con las indicaciones del tratamiento quirúrgico de las varices, señale la opción falsa:

- a) La existencia de varices sintomáticas.
- b) La evidencia de reflujo mayor de 3 segundo en el estudio ecodoppler venoso.
- c) La presencia de una vena safena mayor >4 mm]]
- d) La utilización de medias de compresión entre 1,5- 3 meses sin alivio de los síntomas.

139.- En relación con los factores asociados a la hemorragia de los accesos vasculares para hemodiálisis, señale la respuesta falsa:

- a) Policitemia.
- b) Trombocitopenia.
- c) Los defectos adquiridos de la hemostasia primaria.
- d) Tratamiento con agentes antiplaquetarios y anticoagulantes.

140.- En relación con el manejo preoperatorio del paciente con hemorragia en una fistula arteriovenosa para hemodiálisis, señale la respuesta falsa:

- a) La planificación preoperatoria debe centrarse en minimizar la disfunción plaquetaria de las plaquetas y corregir la anemia.
- b) La eritropoyetina humana recombinante corrige la anemia en 2-3 horas.
- c) Programar la cirugía 24 horas después de la diálisis y suspendiendo la medicación antiplaquetaria una semana antes.
- d) Tratamiento con estrógenos conjugados 5 días consecutivos.

141.- En relación con la sintomatología de la disección aórtica aguda tipo B, señale la respuesta falsa:

- a) El síntoma más frecuente es el dolor localizado en la espalda, el abdomen o el pecho.
- b) Si el dolor está localizado en el abdomen hay que sospechar compromiso de las arterias esplácnicas.
- c) La hipertensión arterial está presente en el 30%.
- d) La isquemia de la médula espinal por la interrupción de los vasos intercostales se produce en del 2% al 10%.

142.- En relación con el tratamiento médico de la disección aórtica aguda tipo B, señale la respuesta falsa:

- a) El control del dolor con terapia antihipertensiva es un pilar del tratamiento temprano de la disección aórtica aguda.
- b) La recurrencia del dolor implica el fracaso de la terapia médica, lo que justifica la repetición de la imagen para dirigir la terapia.
- c) La hipertensión refractaria al tratamiento médico es frecuente en las disecciones tipo B (64% de los pacientes).
- d) El tratamiento médico estándar es la combinación de un betabloqueante y un vasodilatador es el tratamiento médico estándar, iniciando antes el vasodilatador.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

143.- En relación con el tratamiento endovascular de la disección aórtica aguda tipo B (TEVAR), señale la respuesta falsa:

- a) La cirugía abierta del desgarro de la entrada aórtica ha demostrado ser inferior al tratamiento médico en pacientes con disecciones de tipo B no complicadas.
- b) TEVAR electiva en el período subagudo tras la aparición de los síntomas no ha demostrado ser beneficioso.
- c) La indicación del TEVAR es la cobertura del desgarro de entrada proximal y la expansión de la luz verdadera con restauración del flujo a los vasos viscerales.
- d) Consigue obliterar el flujo de la falsa luz con la consiguiente trombosis completa

144.- El flujo sanguíneo promedio de la pierna humana normal (en reposo) está situado entre:

- a) 100-200 mmL/minuto
- b) 200-300
- c) 300-500
- d) 500-1000

145.- Principal factor de riesgo para la embolización ateromatosa:

- a) Edad > 60 años
- b) Arteriosclerosis de la aorta
- c) Enfermedad coronaria
- d) Enfermedad arterial periférica

146.- Entidad con la que debe realizarse el diagnóstico diferencial de un ateroembolismo:

- a) Endocarditis infecciosa
- b) Mixoma
- c) Vasculitis necrotizante
- d) Todas

147.- Se considera síndrome compartimental abdominal cuando la presión supera:

- a) 10 mm Hg
- b) 20 mm Hg
- c) 30 mm Hg
- d) 40 mm Hg

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

148.- En el caso de que la cirugía abierta fuese necesaria para tratar un traumatismo inestable de la Aorta torácica, localizándose la lesión en la zona del istmo. Que abordaje es el optimo y más expeditivo:

- a) Toracotomía media (estereotomía).
- b) Toracotomía izquierda anterolateral cuarto espacio intercostal
- c) Toracotomía de Clamshell
- d) Toracotomía izquierda posterolateral cuarto espacio intercostal

149.- En los traumatismos de la Vena Cava Inferior, es cierto:

- a) Afortunadamente son infrecuentes
- b) Se asocian casi siempre a lesión de la aorta
- c) El diagnóstico casi siempre se realiza intraoperatoriamente
- d) Su reparación suele ser muy compleja

150.- No es un factor de probabilidad de rotura de un aneurisma aórtico toraco-abdominal:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) EPOC
- d) Diámetro aórtico

### PREGUNTAS DE RESERVA PARTE ESPECÍFICA

151.- En la clasificación de Crawford el aneurisma de la aorta toraco-abdominal tipo III es:

- a) Distal a la subclavia izquierda y por encima de las arterias renales
- b) Distal a la subclavia izquierda y por debajo de las arterias renales
- c) Aorta abdominal completa
- d) Desde el sexto espacio intercostal hasta las arterias renales

152.- En relación con el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia vertebro-basilar, indique la respuesta falsa:

- a) Salvo raras excepciones, la mayoría de las reconstrucciones de la arteria vertebral se realizan para aliviar una estenosis del (segmento V1, V2 y V3).
- b) La cirugía más frecuente en las lesiones del segmento V1 es la transposición de la arteria vertebral proximal a la arteria carótida adyacente.
- c) El acceso quirúrgico del segmento V2 es complejo.
- d) La indicación quirúrgica más frecuente de la patología del segmento V2 es la trombosis.

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

153.- Sobre los hallazgos histológicos y ultraestructurales en el infarto de miocardio, señale la opción falsa:

- a) La necrosis por coagulación suele aparecer en la región central de los infartos.
- b) La necrosis por bandas de contracción se observa en la periferia de los infartos de gran tamaño.
- c) La necrosis por bandas de contracción es más amplia en los infartos transmurales que en los no transmurales.
- d) El primer grupo celular que se acumula en el miocardio infartado son los neutrófilos.

154.- Respecto a la anatomía normal del desfiladero torácico, ¿qué es falso?:

- a) Por el triángulo de los escalenos pasa la arteria subclavia y el plexo braquial, pero no la vena subclavia
- b) La vena subclavia pasa por el espacio costo-clavicular entre el músculo escaleno anterior y el ligamento costoclavicular
- c) El nervio frénico desciende anterior a la vena subclavia
- d) El espacio costo-clavicular queda delimitado por la primera costilla, la clavícula, el músculo subclavio y el ligamento costoclavicular

155.- La mortalidad tras un traumatismo penetrante de la aorta abdominal, es del:

- a) < 60%
- b) 60-70%
- c) 80-90%
- d) > 90%

156.- ¿Qué afirmación es cierta sobre el síndrome compartimental tras el tratamiento de un paciente con isquemia aguda en miembros inferiores?:

- a) Es más frecuente tras el tratamiento con trombolisis intra-arterial debido al retraso en la revascularización de la extremidad
- b) Es más frecuente tras el tratamiento revascularizador de la isquemia aguda en grado IIa según la clasificación clínica de Rutherford y cols de 1997
- c) Se debe prevenir con fasciotomía en todo paciente revascularizado por cirugía abierta si previamente manifestaba signos de alteración motora
- d) En caso de isquemia aguda tratada muy rápidamente tras el diagnóstico y sin que haya afectación sensitiva no es necesario vigilar su posible aparición

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

157.- ¿Qué es cierto respecto a la afectación vascular en la enfermedad de Behcet?:

- a) Es más frecuente la afectación arterial que la venosa
- b) La localización más frecuente de formación de aneurismas es la aorta
- c) La arteria carótida o sus ramas se afectan frecuentemente
- d) La trombosis venosa no suele afectar a la vena cava

158.- ¿Cuál es la causa más frecuente de muerte en la enfermedad de Takayasu?

- a) Insuficiencia cardiaca congestiva
- b) Hemorragia por rotura aneurismática
- c) Accidente cerebro-vascular
- d) Fracaso multiorgánico

159 .- Uno de los siguientes procesos no se asocia a la definición de Síndrome Aórtico Agudo:

- a) Disección aórtica
- b) Aneurisma de aorta ascendente
- c) Ulcera aórtica penetrante
- d) Hematoma intramural

160.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento de la isquemia aguda de los miembros inferiores en cada grado clínico, según la clasificación de Rutherford y cols de 1997, es cierta?

- a) En el grado IIb se puede diferir la revascularización
- b) En el grado IIa requiere siempre revascularización inmediata
- c) En el grado I puede no requerirse revascularización
- d) En el grado III hay que revascularizar siempre inmediatamente

161.- En el síndrome de cascanueces que síntoma es más frecuente:

- a) Disuria
- b) Hematuria
- c) Proteinuria
- d) Dismenorrea

162.- El síndrome de May-Thurner, tiene relación con:

- a) Síndrome de Cockett
- b) Síndrome de Nut-Cracker
- c) Síndrome del Paget-Schroetter
- d) Síndrome de Parkes-Weber

## EJERCICIO DE LA FASE DE OPOSICIÓN

DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/190/2020, DE 14 DE FEBRERO)

---

### PREGUNTAS DE RESERVA PARTE GENERAL

163.- Señalar la prestación que no está considerada en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud :

- a) Prestación farmacéutica.
- b) Prestación ortoprotésica.
- c) Prestación con productos dietéticos
- d) Transporte sanitario urgente

164.- La Disposición final séptima del RD Ley 16/2012 que Modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación en los siguientes términos, clasifica a los usuarios en la base de datos de tarjeta sanitaria individual y adapta las aportaciones económicas por receta. Señale la afirmación falsa:

- a) Código TSI 001 para los usuarios exentos de aportación.
- b) Código TSI 002 para los usuarios con aportación de un 20 %.
- c) Código TSI 004 para los usuarios con aportación de un 50 %.
- d) Código TSI 005 para los usuarios con aportación de un 60 %.

165.- En relación al derecho de instrucciones previas que todo paciente puede ejercer en Castilla y León y para que el documento de instrucciones previas sea válido deberá formalizarse ante:

- a) notario
- b) Tres testigos
- c) Personal al servicio de la administración
- d) Todas son verdaderas